

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

“Do Prevenir ao Cuidar”

Avaliação do Nível de Risco de Desenvolvimento da DM II
Uma Intervenção de Enfermagem Comunitária

Ana Rita Leal de Nóbrega, N.º 3900

Lisboa
Maio 2013

The bottom right of the page is decorated with several thick, horizontal, wavy green brushstrokes of varying shades of green, creating a modern, artistic look.



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

“Do Prevenir ao Cuidar”

Avaliação do Nível de Risco de Desenvolvimento da DM II
Uma Intervenção de Enfermagem Comunitária

Discente:

Ana Rita Leal de Nóbrega, N.º 3900

Docente:

Professor Doutor José Edmundo Sousa

Orientadora Clínica:

Enfermeira Especialista em Enfermagem
Comunitária Maria Jorge Brites

Lisboa
Maio 2013

Pensamento

(...) Aprendi que todo mundo quer viver no cimo da montanha, sem saber que a verdadeira felicidade está na forma de subir a escarpa (...)

Gabriel Garcia Márquez

Dedicatória

Agradeço à minha mãe, que durante todo este percurso sempre me apoiou e encorajou a dar o melhor de mim quer como pessoa, quer como enfermeira!

Agradeço a amabilidade e a disponibilidade demonstrada pelo Professor Doutor José Edmundo Sousa e pela Enfermeira Especialista Maria Jorge Brites tal como, a confiança que depositaram em mim durante este percurso. Agradeço a sensibilidade, o humanismo, o companheirismo demonstrados durante aos diferentes momentos de orientação, tal como os esclarecimentos prestados tão importantes nos diferentes períodos de confusão pelos quais fui assolada durante a realização deste relatório, os quais me permitiram seguir em frente. Sem vocês não teria sido possível!

Agradeço a toda a equipa da USF Monte de Caparica a oportunidade de desenvolver a minha intervenção comunitária. Um especial agradecimento à Sr^a Enfermeira Maria Anjos Garcia e Sr^a Enfermeira Céu Gonçalves.

Agradeço à Cláudia a nossa amizade, cumplicidade e humor.

Agradeço também a todos os utentes que através da sua colaboração tornaram possível o desenvolvimento da minha intervenção comunitária.

Agradeço a todos aqueles que de diferentes formas e em diferentes momentos contribuíram para a realização deste trabalho.

O meu sincero Muito Obrigada!

SIGLÁRIO

AC	Autocuidado
ACES	Agrupamento de centros de saúde
DGS	Direção geral de saúde
DRS	Direção regional saúde
DMII	Diabetes Melittus Tipo II
HBA1C	Hemoglobina glicosilada
HTA	Hipertensão arterial
IMC	Índice de massa corporal
INE	Instituto nacional de estatística
OMS	Organização mundial de saúde
OND	Observatório nacional de diabetes
PA	Perímetro abdominal
PNPCD	Plano nacional prevenção e controlo da diabetes
PREVADIAB	Estudo da prevalência da diabetes em Portugal
USF	Unidade saúde familiar
RAA	Relatório anual de atividades
RLVT	Região de Lisboa e Vale do Tejo
EpS	Educação para a saúde
WHO	World Health Organization

RESUMO

Atualmente, assiste-se a um crescente aumento da incidência e prevalência da DMII em Portugal. O enfermeiro especialista em saúde comunitária assume na prevenção primária, um papel importante na promoção da saúde e prevenção da DMII, ao atuarmos fatores de risco modificáveis da mesma, capacitando os indivíduos para o conhecimento dos mesmos, assim como, para as principais estratégias a adotar, fundamentais na mudança dos seus hábitos de vida e na modificação de comportamentos de saúde. A finalidade da nossa intervenção, visa a avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, na população dos 20-39 anos inscrita na USF Monte de Caparica. Pretendemos, identificar os diferentes níveis de risco de desenvolvimento da DMII, assim como quais os fatores de risco que a mesma apresenta, de modo a intervir na redução dos mesmos. Como metodologia, utilizamos o planeamento em saúde, suportando-a com a teoria do autocuidado de Dorothea Orem. A nossa intervenção comunitária reporta-se ao período compreendido entre Junho de 2012 e Março de 2013. A técnica de amostragem foi por conveniência, sendo a amostra constituída por 34 participantes, com risco moderado e alto de desenvolvimento de DMII. Foram realizados dois diagnósticos de DMII (DGS, 2011). Os dados foram recolhidos através do preenchimento da ficha de nível de risco de desenvolvimento da DMII (PNPCD, 2008) assim como, de um questionário complementar à mesma. Os dados recolhidos foram tratados através da estatística descritiva. No planeamento e execução das atividades desenvolvidas, foram mobilizados os princípios da teoria do Autocuidado de Orem (1995) assim como, o modelo de aprendizagem do comportamento de Rochon (1996). Os resultados obtidos, no decorrer da intervenção como enfermeiro especialista, sublinham a importância de uma intervenção orientada para a promoção de uma alimentação equilibrada e prática de atividade física regular, essenciais na diminuição do nível de risco de desenvolvimento da DMII.

Palavras – Chave: Avaliação do risco de desenvolvimento da DMII; Educação para a saúde; Enfermagem de saúde comunitária; *Empowerment*; Prevenção primária na mudança de comportamentos de saúde.

ABSTRACT

We are currently observing an increase in DMII incidence and prevalence in Portugal. In primary prevention, the specialist nurse in community health has an important role in promoting DMII health and prevention by acting upon its modifiable risk factors, empowering individuals to its knowledge, as well as main strategies to adopt, which are essential to change their lifestyles and their health behaviours. The purpose of our intervention is to evaluate DMII development risks in the 20-39 year old population bracket registered at the USF Monte de Caparica. We want to identify DMII development risks' different levels in addition to its risk factors in order to intervene to reduce them. As methodology, we use planning in health grounded in Dorothea Orem's self-care theory. Our intervention in the community takes place between June 2012 and March 2013. Accidental sampling is used with a sample of 34 of moderate and high risk of developing DMII. Two DMII diagnostics (DGS, 2011) were carried out. Data was collected by filling in DMII risk development' level forms (PNPCD, 2008) as well as a supplementary questionnaire to it. Data collected was analysed with descriptive statistics. Planning and delivery of these activities were grounded in Orem's self-care theory principles (1995) and Rochon's learning behaviour model (1996). The results yielded during the intervention, as a specialist nurse, underline the importance of an intervention guided towards promoting a balanced diet and regular physical exercise, which are essential to reduce DMII risk development's level.

Keywords: DMII development risk evaluation; Health education; Community health nursing; Empowerment; Primary prevention in health behaviour changes.

ÍNDICE

	P.
INTRODUÇÃO	11
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	14
2.1 -Risco em Saúde e o risco de desenvolvimento da DMII	14
2.2- Educação para a saúde como estratégia na redução dos fatores de risco	15
2.3- Estilos de Vida Saudáveis e Comportamentos de Saúde	18
2.4- O Modelo do <i>Empowerment</i> como instrumento na redução dos fatores de risco	20
3 - DOROTHEA OREM E A TEORIA DO AUTOCUIDADO	23
3.1 – A definição de risco potencial segundo Dorothea Orem	24
4 - JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO	26
5 - CARACTERIZAÇÃO DO ACES ALMADA	29
5.1 - Caracterização da USF do Monte de Caparica	29
6 – METODOLOGIA	31
6.1 - Finalidade e objetivos da Intervenção Comunitária	31
6.2 - Critérios de Inclusão e Exclusão aplicados à população – alvo	32
6.3 - Instrumentos de recolha de dados	33
6.4 - População, população alvo e amostra	33
6.5 - Variáveis em estudo	35
6.6 - Diagnóstico da Situação de Saúde	36
6.7 – Planeamento em Saúde	41
6.7.1 – Determinação de Prioridades	41
6.7.2 – Definição de Objetivos, Estratégias, Atividades e Recursos	44
6.7.3 - Determinação de Metas e Avaliação	48
7 - QUESTÕES ÉTICAS	51
8 - CONCLUSÃO	52
9 –REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56
ANEXOS	59
APÊNDICES	

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I – DGS Norma de Diagnóstico nº2 14/01/2011

Anexo II– Ficha de avaliação nível de risco de desenvolvimento da Diabetes, DGS (2008)

Anexo III – Valores de referência para classificação de IMC e PA, DGS Plataforma de Luta contra a Obesidade (2010)

Anexo IV – Autorização para realização do estágio e projeto de intervenção comunitária

Anexo V – Autorização para a utilização dos nomes das unidades funcionais do ACES de Almada

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Consentimento Informado

Apêndice II – Questionário complementar à ficha de avaliação de risco de desenvolvimento da DMII

Apêndice III – Relatório de avaliação do Pré-Teste

Apêndice IV – Cronograma da Intervenção de Enfermagem na Comunidade

Apêndice V – Quadro de caracterização de Juízes segundo Benner

Apêndice VI – Grelhas de Análise da Priorização dos problemas de saúde

Apêndice VII – Fases do Planeamento em Saúde no Prevenir para Cuidar

Apêndice VIII – Intervenção Comunitária no Prevenir para Cuidar

Apêndice IX – Intervenção Comunitária –MóduloI

Apêndice X- Intervenção Comunitária –MóduloII

Apêndice XI- Intervenção Comunitária –MóduloIII

Apêndice XII – Avaliação das Sessões

Apêndice XIII – Proposta à Direção Geral de Saúde

ÍNDICE DE QUADROS

	P.
Quadro I –Nível Total de Risco	16
Quadro II – Critérios de Inclusão e Exclusão	32
Quadro III – Distribuição da população segundo o nível de risco	34
Quadro IV – Distribuição dos participantes segundo o género	34
Quadro V – Caracterização dos participantes	35
Quadro VI – Distribuição dos participantes segundo as classes etárias	35
Quadro VII – Distribuição dos participantes segundo o IMC	36
Quadro VIII – Distribuição dos participantes por nível de risco de desenvolvimento da DM II e Idade	37
Quadro IX – Caracterização dos participantes por PA	37
Quadro X –Distribuição dos participantes segundo a prática de exercício físico	38
Quadro XI –Distribuição dos participantes segundo o consumo diário de alimentos	39
Quadro XII – Distribuição dos participantes segundo o fator de risco de antecedentes familiares de DMII	39
Quadro XIII –Indicadores de Processo	49

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório de estágio, integra-se no 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de especialização em Enfermagem Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

O presente relatório, apresenta como principal finalidade avaliar o nível de risco de desenvolvimento da DMII. Para a referida avaliação, utilizamos a folha de avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, a qual consta no PNPCD (2008), assim como um questionário complementar à mesma, elaborado para o efeito.

A realização deste estudo, surgiu não só como forma de dar continuidade a um trabalho de investigação, realizado no ano anterior, desenvolvido no âmbito da mesma área temática, mas também pelo fato da DMII, representar um dos principais problemas crónicos de saúde a nível nacional, europeu e mundial. Podemos mesmo afirmar que a DM II, apesar de ser uma doença prevenível é, em Portugal, um problema de saúde pública. Assim o consideramos na medida em que, o OND (2012) reporta um crescimento acentuado do número de novos casos diagnosticados anualmente em Portugal na última década, sendo que em 2011 se estima a existência de 652 novos casos por 100 000 habitantes. Estes números refletem um aumento de 80% da incidência da DMII nos últimos 10 anos. Estima-se que em 2025 haja mais de 300 milhões de pessoas afetadas pela diabetes, o que corresponde a um aumento 10 vezes superior, em apenas 30 anos (OMS, 1997). Para além do impacto que apresenta na saúde das pessoas, o custo económico e as suas complicações são um grande problema para a sociedade.

A DMII é um problema de saúde pública pela sua magnitude crescente e expressa transcendência. É de referir que existe uma tendência secular de crescimento positiva, em relação a gerações anteriores. Como refere Santos (2010, p.66), nos adultos, o peso e a estatura têm aumentado desde meados do século XIX, no entanto, desde o século XX o peso tem aumentado mais que a estatura, o que se tem refletido nas crescentes taxas de obesidade”. Tem-se, também, verificado que

um aumento do peso, estatura e IMC nos jovens do sexo masculino, na última década. Este aumento é mais marcado ao nível do peso, traduzindo-se consequentemente num aumento da prevalência de jovens com excesso de peso e com obesidade (Nobre et al, 2004, p.207).

Verifica-se, então, uma ligação epidemiológica entre a DMII e o género masculino e uma ligação clínica entre o excesso de peso e obesidade e a DMII (Naser, 2006). O problema da DMII tem-se exacerbado devido à tendência secular, mas sobretudo devido às alterações dos estilos de vida (Stanhope&Lancaster, 2011). Os determinantes de saúde, biológico e comportamental, estão ambos envolvidos na DMII, o primeiro na implicação da regulação metabólica na DMII e o segundo através dos comportamentos e relação entre o regime dietético/alimentar e de atividade (New SouthWalesDepartmentOfHealth, 2010).

Pelos dados epidemiológicos da DM II, esta doença crónica necessita de intervenção urgente, a nível da prevenção primária, na população adulta, no geral, e do género masculino, em particular. A 14 de Dezembro de 2006, a Assembleia Geral das Nações Unidas decidiu, por Resolução, encorajar os Estados-Membros a desenvolverem políticas nacionais para a prevenção, tratamento e controlo da diabetes. Estas políticas têm como objetivo, diminuir a taxa de incidência de DMII e as suas complicações associadas.

Consideramos também que o desenvolvimento deste trabalho representa, uma mais-valia para a USF Monte de Caparica, na medida em que o mesmo permite aumentar o número de utentes vigiados na consulta de risco de desenvolvimento da DMII, permitindo assim dar continuidade ao anterior projeto e simultaneamente desenvolver a competência de enfermeiro especialista relativa à cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico (OE, 2010).

Deste modo, por todos os aspetos em cima enunciados consideramos que o desenvolvimento deste trabalho é pertinente. O presente estudo apresenta assim como principal objetivo, avaliar o nível de risco de desenvolvimento da DMII, na população inscrita na USF do Monte de Caparica, na faixa etária dos 20-39 anos.

No presente relatório de estágio, apresentamos os conteúdos referentes à fundamentação teórica do mesmo, seguindo-se o modelo teórico de enfermagem mobilizado, a teoria do autocuidado de Dorothea Orem (1995). Seguidamente apresentamos os dados, que nos permitem justificar a pertinência da realização do projeto de intervenção comunitária “Prevenir para Cuidar”.

De forma a caracterizar o contexto no qual decorreu a intervenção comunitária caracterizamos brevemente a USF do Monte de Caparica e o ACES de Almada.

A metodologia utilizada assenta no planeamento em saúde, embora mobilizemos até ao diagnóstico de situação os métodos e as técnicas de investigação em enfermagem, sobretudo aquando a recolha de dados e o tratamento dos mesmos. Descrevemos como foi organizada, estruturada e teoricamente fundamentada a nossa intervenção de enfermagem para a mudança de comportamentos.

Terminamos com a apresentação da conclusão, na qual realizamos algumas considerações finais e sugestões.

2 - Fundamentação Teórica

2.1 - Risco em Saúde e o Risco de desenvolvimento de DMII

Segundo a WHO (2002), o conceito de risco em saúde, apresenta diferentes significados para diferentes pessoas, sendo que os dois mais frequentemente utilizados, correspondem ao conceito de risco em saúde, enquanto probabilidade de uma resultado adverso ou enquanto um fator que aumenta essa mesma probabilidade. Reforça também, a importância de nos focarmos no risco em saúde, como forma de prevenirmos o dano, subsequente a uma ameaça à saúde. Para reduzirmos o risco em saúde, e desta forma prevenirmos a doença ou dano, devemos focalizar a nossa intervenção na redução dessas possíveis causas.

Ao conceito de risco em saúde encontramos frequentemente associado o conceito de vulnerabilidade, o qual define a suscetibilidade dos agentes de cuidados a problemas e/ou danos de saúde (Nichiatatetal., 2008). Neste sentido, sobretudo ao nível epidemiológico, à semelhança do anteriormente descrito, a determinação de risco, cujo conceito apresenta um carácter predominantemente analítico, pretende identificar nos mesmos, características, fatores que os colocam sob um maior ou menor risco de exposição, identificar a associação entre eventos ou condições, patológicas ou não, representando assim a probabilidade, que um agente de cuidados de um qualquer grupo exposto a uma determinada agressão ou condição venha a desenvolver determinada doença, como a DMII. Por outro lado, se considerarmos o conceito de vulnerabilidade, verificamos que o mesmo representa o potencial inato, pessoal ou adquirido que cada agente de cuidados apresenta para desenvolver determinada doença, como a DMII. Deste modo, a vulnerabilidade aumenta a probabilidade de desenvolvimento de determinada doença ocorrer, na presença de um fator de risco.

Se por um lado, existem os fatores de risco que aumentam a vulnerabilidade do agente de cuidados, por outro lado encontramos os fatores protetores, descritos como os recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto desse mesmo risco (Sapienza, 2005). Tal como a própria definição indica, protegem o agente de cuidados de agressões físicas, psíquicas e sociais, contribuindo assim para o seu desenvolvimento saudável. Nesta lógica, podemos assim afirmar que os fatores de proteção permitem contrabalançar as

vulnerabilidades dos agentes de cuidados, reduzindo assim o impacto dos fatores de risco.

No âmbito deste relatório, a mobilização do construto da vulnerabilidade torna-se útil na identificação de características ou condições do indivíduo, para potencializar os recursos disponíveis para enfrentar a doença ou o risco de desenvolvimento da mesma. Deste modo, ao atentarmos à vulnerabilidade de cada indivíduo, contrabalançando os fatores de risco e os fatores de proteção que o mesmo apresenta, conseguimos enquanto agência de cuidados, num contexto de educação para a saúde, compreender as diferenças como cada um individualmente ou em grupo vivencia e enfrenta o seu processo de saúde-doença, obtendo assim uma compreensão dos fenómenos de saúde (Nichitaetal., 2008).

De acordo com a perspetiva, o PNPCD (2008, p.9), considera que existe risco acrescido de desenvolver diabetes, em indivíduos que apresentam excesso de peso ($IMC \geq 25$), obesidade ($IMC \geq 30$), obesidade central ou visceral ($H \geq 94\text{cm}$ e $M \geq 80\text{ cm}$), idade ≥ 45 anos, vida sedentária, história familiar (em 1º grau), diabetes gestacional, história de doença cardiovascular prévia/hipertensão, dislipidemia, anomalia da glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose. Enquanto agência de cuidados, realizaremos a avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, de acordo com o preconizado na ficha de avaliação de risco do referido programa e considerando à semelhança de Last (1988, p.174), risco como “a probabilidade da ocorrência de um acontecimento, (...) por exemplo da doença (...) no decurso de um dado período de tempo, ou idade”. Podemos avaliar o risco em saúde, através da realização de rastreios, os quais podem ser desenvolvidos e adequados às características dos três níveis de prevenção. Assim, na prevenção primária, nível no qual este estudo incide, o âmbito do rastreio surge segundo Odgen (1999), na modificação dos fatores de risco (hábitos alimentares, exercício físico) na população saudável, atuando assim na promoção da saúde de modo a melhorar o estado de saúde populacional, prevenindo a DMII nesse grupo. Intervir neste sentido, permite-nos atuar de acordo com os objetivos da consulta de enfermagem risco da USF MC, a qual, pretende identificar de entre os indivíduos saudáveis, os que se encontram em risco de desenvolver DMII, em que nível de risco se encontram, para posteriormente capacitá-los para o autocuidado e conseguir assistir-se, a uma diminuição do seu nível de risco total de desenvolvimento da diabetes, dentro de dez anos. Assim, de acordo com o descrito no quadro I,

consoante o nível de risco no qual se situam, corresponde uma maior ou menor probabilidade do indivíduo, desenvolver a doença no referido prazo PNPCD (2008).

Quadro I – Nível Total de Risco

Nível de Risco	Desenvolvimento da DM II em 10 anos
<7 Baixo	1 em cada 100 indivíduos (1:100)
[7-11] Sensivelmente Elevado	1 em cada 25 indivíduos (1:25)
[12-14] Moderado	1 em cada 6 indivíduos (1:6)
[15-20] Alto	1 em cada 3 indivíduos (1:3)
>20 Muito Alto	1 em cada 2 indivíduos (1:2)

É com base no nível total de risco de desenvolvimento da DMII, que pretendemos avaliar a nossa população e posteriormente intervir como agência de cuidados, na capacitação para o autocuidado dos indivíduos, numa perspetiva de prevenção primária (APÊNDICE VIII).

2.2 - Educação para a saúde como estratégia na redução dos fatores de risco

Foi nos anos 80, que assistimos a uma ênfase na determinação de probabilidades de acontecimentos de saúde adversos, associadas à exposição dos indivíduos a fatores de risco (WHO, 2002). Para este fato, contribuiu a percepção do indivíduo como um ser singular, também ele responsável pela gestão destes mesmos fatores de risco frequentemente, associados aos estilos de vida e comportamentos saudáveis. Neste contexto, a educação para a saúde representa um instrumento valioso, na redução destes fatores de risco de desenvolvimento de DMII e assim na gestão de estilos de vida do indivíduo. A declaração de Alma-Ata, (1978) preconiza, que todos os povos apresentam o direito e o dever de participar individual e coletivamente, no planeamento e execução dos cuidados de saúde. A referida organização de saúde define em 1985, a educação para a saúde (EpS), como processo orientado para a utilização de estratégias que ajudem os indivíduos e a comunidade a adotar ou modificar comportamentos que permitam um melhor nível de saúde. Educar as pessoas para a saúde não é mais do que,

criar condições para que as pessoas se transformem, permitir que as mesmas adquiram competências que permitam a mudança de comportamentos de saúde. Mostrar-lhes que elas podem aprender e sensibilizá-las para a importância dos conhecimentos ligados com a sua saúde (Carvalho et al., 2006, p.19).

Rodrigues (2005) refere que a educação para a saúde, representa um elemento indispensável a cada sociedade, permitindo aos seus membros adquirir os conhecimentos e as competências individuais e coletivas necessárias à aquisição de modos de vida saudáveis. Para o autor (2005), a educação para a saúde, ao nível da prevenção primária, deve promover hábitos de vida que promovam a saúde. Desta forma, a educação para a saúde passou a ter um papel muito importante nas estratégias da melhoria da qualidade de vida e no nível de saúde individual. Quando educamos para a saúde devemos ter presente a ideia de que, a mesma deve assentar sobre saberes, hábitos e costumes de cada um, assim, segundo Grande (1999), citado por Rodrigues (2005), educar para a saúde é, mais que um meio de transmissão de conhecimentos, é um processo de modelar atitudes e comportamentos de saúde.

Para Stanhope&Lancaster (2011) a EpS é essencial em enfermagem. Os enfermeiros são os profissionais de saúde com competências para educar para a saúde já que os mesmos perspetivam as pessoas como seres detentores de diversas necessidades e capacidades numa variedade de contextos (ANA, 1985).

Os cuidados de promoção da saúde incluem, similarmente, o encorajamento dos indivíduos para adotarem estilos de vida saudáveis, ajudando-os a tomar consciência do seu próprio poder para o conseguirem (Stanhope&Lancaster, 2011, p. 350). Neste sentido, enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária devemos, facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis, através da aquisição de comportamentos que permitam melhorar, restabelecer ou mesmo recuperar a saúde consoante a esfera da prevenção na qual atuamos (APÊNDICE VIII).

2.3 - Estilos de Vida Saudáveis e Comportamentos de Saúde

Sentimos a necessidade de definir e esclarecer estes dois conceitos, na medida em que, consideramos que os mesmos são cruciais, numa lógica de capacitação para o autocuidado, enquanto agência de cuidados como sistema de apoio e educação.

Atualmente existe evidência clara, de que o estado de saúde da pessoa inserida em grupos e comunidades, não é determinado apenas por fatores biológicos mas também, é afetado por processos sociais, económicos, psicológicos e pelas normas sociais. A saúde e os comportamentos relacionados ocorrem dentro de um complexo sistema de mútuas influências. Sempre que falamos de comportamentos em saúde, temos presente a ideia de que muitos deles, se encontram associados às principais causas de morte mas também, ao fato desses comportamentos poderem ser modificáveis, à semelhança da realidade dos fatores modificáveis na prevenção do risco de desenvolvimento da DMII. Deste modo, reconhecemos que as pessoas podem influenciar a sua própria saúde e bem-estar, através da modificação de comportamentos de saúde, o que conduz à aquisição de estilos de vida saudáveis, os quais favoreçam assim um decréscimo no nível de risco de desenvolvimento da DMII. Nesta perspetiva, a WHO (1986) define estilos de vida como o conjunto de hábitos e comportamentos de resposta às situações do dia-a-dia, apreendidos através do processo de socialização e constantemente reinterpretados e testados ao longo do ciclo de vida, em diferentes situações sociais. Assim, enquanto enfermeiros especialistas devemos participar ativamente na identificação destes fatores, de risco ou não, que predizem a adoção destes mesmos comportamentos de saúde, tal como agilizar uma melhor compreensão a este nível.

Associado ao risco de desenvolvimento da DMII na pessoa, encontram-se um conjunto de fatores, fundamentalmente ligados aos estilos de vida individuais. De acordo com o preconizado pelo PNPCD (2008), a prevenção primária da DMII é realizada através da redução dos fatores de risco conhecidos, incidindo, sobretudo, nos fatores de risco modificáveis da etiologia da doença. Assim, consideramos, que o âmbito da nossa intervenção relativo à avaliação do risco de desenvolvimento de Diabetes se insere ao nível da prevenção primária. Ao longo deste percurso a promoção e a EpS são essenciais (Stanhope&Lancaster, 2011).

Associado a todos estes conceitos, encontramos o de comportamento de saúde, considerado como todo aquele, cujo objetivo visa impedir o aparecimento de uma doença, podendo assim ser geralmente encarado como comportamentos relacionados com o estado de saúde do indivíduo (Ogden, 1999). Ao longo deste processo, devemos ter presente o papel das crenças de saúde na predição desses mesmos comportamentos, influência à qual devemos estar atentos enquanto enfermeiros especialistas na promoção da saúde e no empoderamento de indivíduos e/ou comunidades.

Inerente à EpS, neste contexto de prevenção primária, surge a motivação para a mudança de comportamentos de saúde. Lagache, citado por Carmo (1981), define motivação como “tensão que põe em movimento o organismo, até que ele tenha reduzido e readquirido a sua integridade”. Sob a ação de um estímulo gera-se uma situação de tensão ou desequilíbrio, que impele o indivíduo a agir na direção de um objetivo capaz de neutralizar a ação do estímulo e assim restabelecer a sua homeostasia. Para que este estímulo seja suscetível de desencadear o processo que descrevemos, é indispensável que o indivíduo seja sensível ao mesmo, ou seja, que corresponda aos interesses e necessidade do agente de cuidados. A sensibilidade aos estímulos é variável de pessoa para pessoa, segundo os seus interesses ou motivos predominantes. Assim, de acordo com o que atrás referimos, a motivação surge-nos como uma energia de base, desencadeada por um estímulo eficiente, canalizada para uma atividade que se orienta pelo interesse em atingir determinado objetivo. Enquanto enfermeiros especialistas em saúde comunitária, devemos ter presente aquando a nossa intervenção, que motivar é guiar alguém a tomar consciência de uma necessidade e interessá-lo numa atividade que o conduza ao objetivo que satisfaz essa necessidade. Neste sentido, enquanto enfermeiros focados na diminuição do risco de desenvolvimento da DMII, devemos conduzir o agente de cuidados a vislumbrar a possibilidade de alcançar o objeto que satisfaz a sua necessidade, é incentivar a que ocorra mudança de comportamento (APÊNDICE VIII).

Através desta dinâmica, que tenta relacionar o que se conhece como sendo uma prática ótima de saúde e o que na realidade se pratica, devemos intervir primeiramente dirigindo-nos aos indivíduos que apresentam falta de conhecimento adequados de saúde e em segundo lugar aos que possuem conhecimentos adequados mas que, por diversos motivos não praticam comportamentos de

saúde adequados. Apenas desta forma poderemos maximizar com a nossa intervenção enquanto agência de cuidados, o que Rodrigues (2005) defende como principal enfoque da educação para a saúde, o qual se centra na prevenção da doença, nos níveis da prevenção, como que persuadindo o agente de cuidados a adotar estilos de vida que reduzam o risco de contrair determinada doença, como a DMII.

Reforça porém, que esta dinâmica, não pode unicamente surgir a partir de uma prevenção através do aconselhamento clínico mas antes através da negociação, onde se verifique a promoção da aprendizagem, relacionando-a com a saúde e a doença, através do diálogo humano/meio, implicando a aquisição de conhecimentos e de entendimento, facilitando as tomadas de decisão baseadas na informação.

Deste modo com base nesta dinâmica, consideramos essencial introduzir o modelo de aprendizagem de comportamento de Rochon (1996), uma vez que ao atuar na prevenção primária, a educação para a saúde consiste em facilitar a aprendizagem de comportamentos de saúde que permitam prevenir os problemas de saúde. A prevenção primária, visa diminuir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção. Aqui o papel da educação para a saúde consiste, em facilitar a aprendizagem de comportamentos destinados a diminuir os fatores de risco e aumentar os fatores de proteção. A finalidade da educação para a saúde consiste em instigar mudanças saudáveis de comportamento. Estas mudanças devem-se à possibilidade de aprendizagem relativas aos determinantes de comportamento ao nível cognitivo (conhecimentos/informação, capacidades cognitivas), afetivo (valores e atitudes) e psicomotores (habilidades psicomotoras).

2.4 - O Modelo do *Empowerment* como instrumento na redução dos fatores de risco

Para além do modelo de aprendizagem acima referido, consideramos importante incluir o modelo do *empowerment*, um modelo de mudança uma vez que, a nossa intervenção só terá sucesso se, considerarmos o agente de cuidados como um ser com capacidades de participação, negociação em tudo o que se relaciona com o seu estado de saúde, estilos de vida e comportamentos em saúde. De acordo com a WHO (2001), *empowerment* é um processo contínuo, no

qual indivíduos e/ou comunidades adquirem e ganham confiança, auto-estima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas ações, são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas. A nossa intervenção como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e saúde pública deve incidir, sobre as três dimensões do modelo do *empowerment* que são: percepção de controlo sobre a situação de saúde, por parte do utente; participação no processo de decisão; percepção de educação por parte do utente. Estas dimensões sugerem, a necessidade do enfermeiro na promoção de uma comunicação com os utentes, no sentido de encorajá-los à participação, aprendizagem e desenvolvimento do sentido de controlo da sua doença/ problema de saúde.

Enquanto enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, intervindo na diminuição do risco de desenvolvimento da DMII, reconhecemos o modelo do *empowerment*, como um instrumento de mudança, essencial na capacitação do agente de cuidados no desenvolvimento de um conjunto de conhecimentos assim como de uma consciência crítica favorável à tomada de decisão voluntária e assim, à aquisição de um maior controlo sobre o autocuidado (APÊNDICE VIII).

Nesta perspetiva Carvalho et al. (2006), enfatiza, com a utilização deste modelo, o papel de educador do enfermeiro, que através de um processo de clarificação de valores e crenças, capacita o agente de cuidados a desenvolver um conjunto de conhecimentos e simultaneamente, uma consciência crítica favorável à tomada de decisão voluntária e assim, à aquisição de um maior controlo sobre o autocuidado. Durante este processo de capacitação, não nos podemos esquecer, que o agente de cuidados é um ser livre, cabendo-nos a nós através da agência de enfermagem informá-los, para que estes escolham estilos de vida saudáveis, assim como, permitam que este atue individualmente ou em comunidade sobre os determinantes de saúde a nível social, económico, político e ambiental (WHO, 2009).

Para Honoré (2002), uma ação em saúde é representada pelo que o agente de cuidados faz para mudar hábitos, modificar os seus comportamentos, tomar conta de se próprio ou seja representa tudo o que cada um empreende pela sua saúde, após um período de reflexão. A intervenção de enfermagem, enquanto agência de cuidados, deve orientar o seu agir, numa vertente comunicacional, compreensiva da saúde e constitutiva do seu sentido comum, através de um esforço de

compreensão de todas as experiências do agente de cuidados. Aqui o *empowerment*, utilizado pelo agente de cuidados, como instrumento útil na redução dos fatores de risco, é essencial para uma ação de saúde formativa na qual descobre a possibilidade de um compromisso na constituição da saúde como um projeto, assumindo-se como livre neste processo. Assim, a abertura ao projeto de saúde é efetivamente a “*descoberta de uma mudança possível na concepção da saúde onde se explicitaria a noção de estilo de vida, modo de ir em frente, para ser digno de bem-estar*” (Honoré, 2002 p.197). Intervir neste sentido, possibilita-nos promover a capacitação de grupos e comunidades com vista à consecução de projetos de saúde coletivos, uma das competências preconizadas no perfil de competência do enfermeiro especialista (OE, 2011).

3 - DOROTHEA OREM E A TEORIA DO AUTOCUIDADO

O referencial teórico norteador da elaboração deste relatório de intervenção comunitária é a teoria do Autocuidado da Dorothea Orem. A escolha desta teoria relaciona-se, com a finalidade danossa intervenção que visa não só, a avaliação do risco de desenvolvimento da DMII como também, a posterior capacitação da pessoa em risco de desenvolvimento da DMII na aquisição de comportamentos saudáveis e estilos de vida saudáveis para diminuir o referido risco. Para a autora (1991,1995), as características do estado de saúde das pessoas existentes, projetadas ou potenciais são a preocupação central dos profissionais dos serviços de saúde, incluindo os enfermeiros, podendo o risco potencial de desenvolvimento de DMII, da população em estudo, ser aqui incluído. Perante esta perspectiva, Orem (1991,1995) encara a pessoa ou agente de cuidados, com potencial de aprendizagem e desenvolvimento e encara o autocuidado como uma habilidade, que pode ser treinada e assim melhorar o estado de saúde da pessoa, grupo ou comunidade. Através da teoria de sistemas de enfermagem, sugere que a intervenção de enfermagem deve equilibrar as necessidades de autocuidado da pessoa ao mesmo tempo que desenvolve as capacidades da mesma. Assim, define sistema como pessoas ou ações ou coisas com relação entre si que se comportam juntas como um todo. Sempre que se verificam alterações num dos elementos do sistema, o mesmo é afetado como um todo. Podemos considerar que o sistema no nosso projeto é a pessoa em risco de desenvolver DMII, representando os fatores de risco associados aos estilos de vida os elementos desse sistema. Sendo os enfermeiros, pessoas que apresentam um conjunto de qualidades simbolizadas pelo termo agência de enfermagem, a nossa intervenção realiza-se no âmbito de avaliação deste risco para posteriormente através do sistema de apoio-educação, intervirmos. Neste sistema incluímos a intervenção neste projeto, no qual indivíduo executa ou pode e deve aprender a executar as medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, necessitando aqui do apoio da enfermeira (Orem,1991;1995). Nestes sistemas de apoio-educação, o agente de cuidados pode e deve desempenhar as ações de autocuidado para controlar e manipular a agência de autocuidado, funcionando aqui o enfermeiro numa primeira fase da intervenção como educador sobre estilos de vida saudáveis e posteriormente como apoio. Neste processo, as técnicas de

ajuda válida incluem a combinação do apoio, guia, provisão e ensino. É o único sistema onde os requisitos do agente de cuidados estão confinados à tomada de decisão, controlo de comportamento, e aquisição de conhecimentos e estratégias, através da aprendizagem de comportamentos.

3.1 – A definição de risco potencial segundo Dorothea Orem

De acordo com um dos oito requisitos de autocuidado universais, relativos à teoria do autocuidado de Orem (1991;1995) encontramos na penúltima posição, o relativo à prevenção de riscos à vida humana, ao funcionamento humano e consequentemente ao bem-estar humano. Consideramos que, podemos aqui incluir a perspetiva de prevenção do risco de desenvolvimento da DMII. O autor (1991;1995) entende por requisitos de autocuidado o conjunto das ações voltadas para a promoção do autocuidado. Estes requisitos para o autocuidado encontram-se associados a processos de vida e manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humano. Segundo esta perspetiva, a intervenção de enfermagem visa a identificação da capacidade de autocuidado inadequada e assim um *déficit* de autocuidado, para alcançar esses requisitos. Para colmatar este *déficit* de autocuidado o enfermeiro, através dos cinco métodos de ajuda, identifica qual a melhor forma de intervir. Deste modo, se enquanto enfermeiros, pretendemos intervir na prevenção do risco de desenvolvimento da DMII, teremos enquanto agência de cuidados intervir nos fatores de risco identificados no agente de cuidados, aquando a realização do nosso diagnóstico de situação da população em estudo. Assim, ao atuarmos segundo, a perspetiva de Orem (1995) numa perspetiva de prevenção primária nesses mesmos fatores de risco identificados, estamos a intervir na redução do risco de saúde enquanto probabilidade de ocorrência de uma doença (Last, 1988) ou seja, da DMII.

Nesta lógica de pensamento não nos podemos esquecer enquanto agência de cuidados que os comportamentos de saúde individuais são aqueles que permitiram ao indivíduo reduzir este risco de desenvolvimento da DMII, ao mesmo tempo que o mesmo modifica/altera hábitos de vida e assim adquire um estilo de vida saudável. Esta alteração de hábitos encontra-se associada a alteração a nível dos hábitos alimentares e prática de atividade física. Porém, Orem (1991;1995) refere que existem um conjunto de fatores que influenciam este exercício, os quais

devem ser tidos em conta aquando da promoção da saúde junto destes grupos. Assim, as condições do ambiente podem limitar essas práticas e as condições económicas e sociais podem também dificultar esse acesso. Os fatores ambientais e sociais podem ter impacto direto nos resultados a nível da saúde e a nível social, influenciando diretamente os estilos de vida saudáveis. Os resultados de promoção da saúde refletem as mudanças dos fatores individuais, sociais e ambientais. As capacidades cognitivas e sociais que determinam a motivação e a capacidade dos indivíduos acederem, compreenderem e utilizarem a informação de forma a promoverem e manterem uma boa saúde, temos como exemplo a melhoria do conhecimento acerca da saúde, a motivação para os estilos de vida saudáveis, e o conhecimento acerca da acessibilidade aos serviços de saúde, à semelhança do já anteriormente descrito.

Através do método de ajuda ensino e orientação, preconizado por Orem (1991;1995), devemos enquanto agência de cuidados avaliar as potencialidades, os recursos de autocuidados do agente de cuidados, as habilidades, para que a intervenção seja cimentada segundo uma lógica de apoio e orientação, facilitadora da aprendizagem que propicie uma mudança de comportamentos. Unicamente segundo esta lógica, que considera o agente de cuidados como parte integrante e essencial ao processo de cuidados, podemos promover o autocuidado e assim, diminuir o risco de desenvolvimento da DMII diminuindo as repercussões da doença para a autonomia e bem-estar.

4 - JUSTIFICAÇÃO DO PROJECTO

Enquanto enfermeiro especialista de saúde comunitária e saúde pública, devemos estar especialmente atentos não só às mudanças no perfil demográfico, assim como aos indicadores de saúde ou até mesmo à emergência das doenças crónicas, elementos os quais se traduzem em novas necessidade de saúde das comunidades e/ou grupo (OE, 2010).

Assim, nesta perspetiva, que apresentamos alguns dados epidemiológicos que justificam a pertinência da nossa intervenção na avaliação do risco de desenvolvimento da DMII. Assim, em 2010, de acordo com *europeanobservatoryonhealthsystemsand policies* (EOHSP), as doenças crónicas nas quais se inclui a diabetes, são um dos motivos que conduz ao aumento das taxas de mortalidade e morbilidade em toda a Europa, sendo a diabetes uma das doenças que se prevê apresentar um maior crescimento. Em Portugal, no ano 2000 verificava-se uma taxa de incidência de 377 novos casos de DMII por 100 mil habitantes, subindo a mesma em 2010 para 623 novos casos por 100 mil habitantes (OND, 2011). Em relação à taxa de prevalência no mundo, em 2010 foi de 366 milhões de habitantes (IDF, 2012) e em Portugal no mesmo ano de 991 mil habitantes (OND, 2011). Há uma projeção da referida taxa para o ano 2030, prevendo-se a existência de 552 milhões de pessoas com DMII (IDF, 2012). No que concerne à taxa de mortalidade ela é, para o mundo em 2010 cerca de 4.6 milhões de habitantes e para Portugal no mesmo ano de 4711 habitantes (OND, 2011). As repercussões económicas deste tipo de doenças crónicas serão grandes, uma vez que, podem ocorrer a vários níveis como por exemplo, elevados custos para a sociedade, associada a um aumento do absentismo laboral e consequentemente uma diminuição das horas de trabalho e consequente contribuindo para baixos níveis de produtividade e deficiente crescimento económico. Em Portugal, no ano de 2010, o aumento dos custos diretos com a DMII, representou, cerca de 8% da percentagem da despesa em saúde (OND, 2011). Neste cenário a prevenção e a deteção precoce da diabetes, são uma realidade em alguns dos países da Europa, tal como em Portugal, encontrando-se atualmente a estudar qual a melhor forma de o fazer, através do desenvolvimento de vários projetos nos diferentes níveis de prevenção. Em Portugal, orientamos a nossa intervenção através do PNPCD (2008).

O primeiro estudo observacional realizado em Portugal continental e regiões autónomas, PREVADIAB (2009, p.10), revelou um grande número de pessoas não diagnosticadas, elevando a taxa de prevalência para 11,7% da população portuguesa entre os 20 e os 79 anos de idade, em que 45% estão entre os 20 e os 59 anos. O estudo permitiu saber que cerca de 400 000 cidadãos ignoram a sua situação e que 23,25% dos portugueses sem diabetes têm risco de desenvolver Diabetes Mellitus, ou seja, cerca de 2 700 000 portuguesa tem Diabetes ou risco de desenvolver a doença. Segundo o PREVADIAB 2009 é na faixa etária dos 20 aos 39 anos que existe uma maior percentagem de casos não diagnosticados (53,4%).

A este risco de desenvolvimento da DMII associa-se a presença de fatores de risco, enumerados no PNPCD (2008), os quais devem ser minimizados ou mesmo eliminados tendo em vista o não desenvolvimento da DMII. Este facto é também ele corroborado por um estudo de prevenção da diabetes tipo II desenvolvido na Finlândia em 2001, o qual veio demonstrar que o aparecimento da doença pode ser prevenido ou retardado, através da alteração dos hábitos alimentares e da prática da atividade física, apesar da presença de uma predisposição genética para a doença e de fatores de risco para o seu desenvolvimento. Segundo o mesmo, os principais fatores de risco modificáveis para a doença são: a obesidade, o estilo de vida sedentário, o desequilíbrio nutricional, como ingestão excessiva de gordura e a ingestão insuficiente de fibra. Segundo os investigadores corrigir estes fatores pode reduzir o risco de diabetes em 58% (Tuomilehto et al., 2001). Este estudo vem de encontro ao realizado por Whithing, Unwin & Roglic (2010) que demonstra que a redução do peso para baixo ou normal, a prática de atividade física e a dieta saudável podem levar a uma diminuição da incidência da doença em 60%.

Se atentarmos ao definido perfil de saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo (RLVT) (2010), região na qual se inclui a USF Monte de Caparica, verificamos que muitos destes fatores de risco estão presentes na medida em que, entre a população residente com 18 e mais anos de idade na RLVT, 53,7% tem excesso de peso ou é obesa. No continente o valor observado foi de 52,2%. Os valores de excesso de peso, são superiores no sexo masculino na RLVT e no continente. Relativamente ao sexo feminino a situação é inversa em relação à obesidade. Na RLVT, no grupo etário 45-74 anos aproximadamente 60% da população é obesa ou tem excesso de peso. O consumo de proteínas e gorduras é três vezes superior ao recomendado e o consumo de produtos hortícolas é cerca de metade da

estrutura indicada pela Roda dos Alimentos. O consumo de fruta apresenta tendência semelhante. Também a Organização Mundial de Saúde (2010) alude-nos para a importância de simples mudanças de comportamentos nos estilos de vida poderem refletir-se de forma positiva na prevenção ou atraso das complicações da DMII. Esta organização destaca a manutenção de um peso corporal saudável, o ser fisicamente ativo (pelo menos 30 a 45 minutos de atividade intensa a moderada e regular na maior parte dos dias), possuir uma dieta saudável que inclua três a cinco doses de fruta e vegetais por dia, a redução do açúcar e das gorduras saturadas, e evitar o consumo de tabaco (o que, consequentemente, irá diminuir o risco de desenvolver doenças cardiovasculares).

A pertinência desta intervenção comunitária, pode também ser justificada pelo facto de Brites (2012), ter na consulta de risco da USF Monte de Caparica, identificado utentes dentro da mesma faixa etária com risco moderado, cerca de 15, e com alto risco, cerca de 5 utentes, de desenvolvimento da DMII, assim como possibilitou o diagnóstico da doença a 6 outros utentes, favorecendo assim uma precoce vigilância de saúde e deste modo minimizar futuras complicações associadas à DMII. Ao conduzirmos a nossa intervenção comunitária neste sentido, estamos não só, a atuar de acordo com os programas da USF Monte de Caparica mas também, a intervir na comunidade reforçando a aquisição de comportamentos saudáveis e reduzindo comportamentos de risco para a saúde. Ao atuarmos neste sentido, conseguiremos mobilizar os indicadores epidemiológicos e os indicadores de saúde relacionados com o risco das pessoas desenvolverem DMII enquanto simultaneamente, estaremos também no âmbito desta competência a estabelecer as prioridades em saúde, desta comunidade e simultaneamente, integrar na nossa intervenção comunitária as orientações estratégias a nível nacional e regional (OE, 2011).

5 - CARACTERIZAÇÃO DO ACES ALMADA

O ACES Almada, é uma estrutura que integra os centros de saúde de Almada, Costa da Caparica e Charneca da Caparica. A USF Monte de Caparica, na qual se desenvolveu o presente projeto encontra-se incluída referido ACES. O concelho de Almada apresenta uma população residente estimada de 165.991 pessoas (INE, 2011) distribuído por 11 freguesias, cuja área territorial é de 70.1Km² e adensidade populacional de 2.364.5 habitantes por Km².

Segundo o plano de atividades do ACES de Almada (2011), mais precisamente no eixo estratégico relativo à prestação de cuidados de saúde, sublinha-se o investimento nas estratégias de promoção da saúde. Este investimento será realizado através do reforço da aquisição de comportamentos saudáveis e de redução de comportamentos de risco para a saúde.

5.1 Caracterização da USF DO MC

A USF Monte de Caparica é responsável pela prestação de cuidados de saúde a utentes residentes e a trabalhadores na área de influência da mesma apresentando como área de abrangência o Funchalinho, Capuchos, Granja, Fomega, Alcaniça, Raposo, Pêra, Monte de Caparica, Fonte Santa, Serrado, Costas de Cão, Banática, Porto Brandão, Vila Nova e Pilotos.

Consideramos que a USF Monte de Caparica apresenta um contexto favorável ao desenvolvimento da nossa intervenção comunitária na medida em que, se tem assistido a um aumento do número de diagnóstico da DMII na sua população inscrita sendo em 2010 cerca de 1437 pessoas, e verificando-se um aumento em 2012 para 1589 pessoas das 22692 pessoas inscritas na referida USF Monte de Caparica. Para além desta tendência de crescimento, o facto de existir uma consulta de risco de desenvolvimento da DMII na USF, transforma esta intervenção imprescindível na identificação de novos indivíduos em risco, que possam assim ser incluídos na mesma. Nesta perspetiva, estaremos não só a intervir de acordo com os programas e interesses da USF Monte de Caparica e assim a desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública (OE, 2010), relacionadas com estabelecimento, com base na metodologia do planeamento em saúde, a

avaliação do estado de saúde de uma comunidade através da realização do diagnóstico de saúde da mesma, através do conhecimento e avaliação sobre os seus determinantes de saúde; identificação das necessidades de saúde. Estaremos também, a intervir de acordo com o preconizado pelo PNPCD (2008) e assim a integrar a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde.

O número total de utentes inscritos na USF, na faixa etária dos 20 aos 39 anos, é de 6481 utentes.

6 - METODOLOGIA

Apresentamos a descrição de cada etapa da nossa intervenção comunitária, iniciando-se com a apresentação da finalidade e dos objetivos do mesmo, passando pelos critérios de inclusão e exclusão definidos. Seguidamente, definimos a população e a população alvo desta intervenção comunitária, caracterizando a amostra estudada. Apresentamos também, os instrumentos de recolha de dados utilizados e simultaneamente, enumeramos o período de tempo e as condições em que foram aplicados. Posteriormente, apresentamos as variáveis em estudo, diferenciando as variáveis dependentes das independentes. Por fim, identificamos os resultados obtidos, definimos necessidades da amostra e elaboramos o diagnóstico de situação de saúde da mesma. Referimos que a elaboração deste ponto é suportado pelo conceito de metodologia enquanto “o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (Fortin, 1999, p.372), com vista o planeamento em saúde de modo a permitir a predeterminação de um conjunto de ações destinadas a chegar a um resultado desejado, incluindo a decisão acerca do que fazer, quando e como fazê-lo (Imperatori&Giraldes,1993). Conceptualmente é suportado pela teoria do Autocuidado de Dorothea Orem.

6.1 - Finalidade e Objetivos da Intervenção Comunitária

A finalidade da realização deste estudo relaciona-se com a avaliação do risco de desenvolvimento de DMII, na população inscrita na USF Monte de Caparica, na faixa etária dos 20 aos 39 anos.

Consideramos que o objetivo representa o *enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível de evolução de um problema* (Imperatori&Giraldes,1993 p.79). Optámos por definir, para este projeto um objetivo geral e cinco objetivos específicos, tendo presente a ideia transmitida por Tavares (1990), que os objetivos específicos contribuem para que o objetivo geral seja alcançado.

Pretendemos com o objetivo geral:

Avaliar o risco de desenvolvimento da Diabetes MellitusII na população inscrita na USF Monte de Caparica, na faixa etária dos 20 aos 39 anos.

À semelhança de Tavares (1990), consideramos que associados ao objetivo geral devem seguir-se os objetivos específicos os quais vão permitir que o mesmo seja atingido.

Pretendemos com os objetivos específicos:

- Identificar quais os níveis de risco existentes nesta população;
- Identificar quais os fatores de risco de desenvolvimento existentes;
- Identificar os padrões alimentares e de exercício mais frequentes nesta faixa etária;
- Intervir nos grupos que apresentem nível de risco moderado e alto;
- Capacitar o agente de cuidados demonstrando a influência desses fatores de risco de desenvolvimento da DMII identificados e o nível de risco de desenvolvimento da DMII;
- Capacitar o agente de cuidados ao demonstrar de que forma alguns desses fatores de risco modificáveis podem ser minimizados, através de uma alimentação saudável e prática de atividade física regular.

6.2 - Critérios de Inclusão e Exclusão aplicados à população - alvo

Definimos três critérios de inclusão e três critérios de exclusão a aplicar à nossa população – alvo, representados no quadro II.

Quadro II – Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos	Diagnóstico de DM
Inscrição na USF Monte de Caparica	Gravidez
Responder livremente aos instrumentos de recolha de dados aplicados	HbA1c \geq 6,5%*

*DGS Circular normativa nº2de 14/01/2011 (ANEXO I).

6.3 - Instrumentos de recolha de dados

Como instrumentos para a recolha de dados utilizaremos a ficha de avaliação do risco de desenvolvimento da DM II, da DGS que consta no PNPCD (2008) (ANEXO II) e um questionário complementar elaborado, pelos autores deste relatório (APÊNDICE III). Com a elaboração deste questionário, pretendemos especificar alguns dos pontos presentes na folha de avaliação do risco da DGS de forma a possibilitar uma caracterização mais pormenorizada da amostra e consequente população em estudo, de acordo com o sugerido por estudos anteriores referentes a esta mesma área temática, Brites (2012). Pretendemos apresentar esta sugestão à DGS, já que consideramos que a mesma representa uma mais-valia em estudos futuros (APÊNDICE XIV).

Após a elaboração deste questionário foi realizado um pré-teste (APÊNDICE IV). Os instrumentos de recolha de dados foram aplicados no período de 1 de Junho a 15 de Junho de 2012, e foram analisados em *SPSS(Statistical Package for Social Science)*.

6.4- População, população alvo e amostra

Fortin (1999) defende, que população *“compreende todos os elementos (pessoas, grupos) que partilham características comuns, as quais são definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo”*(Fortin, 1999, p. 41). Para o mesmo autor, *“população alvo corresponde à população que o investigador quer estudar e para a qual deseja fazer generalizações”* e a amostra representa *“um subconjunto de elementos ou de sujeitos tirados da população que são convidados a participar no estudo”*(Fortin,1999, p.41).

A população é composta por 6481 utentes inscritos na USF Monte de Caparica no ano de 2012 com idades compreendidas entre os 20 e os 39 anos, sendo a nossa população alvo constituída por 289 utentes, que recorreram à USF Monte de Caparica entre 1 e 15 de Junho, período de tempo correspondente à aplicação dos instrumentos de recolha de dados. O quadro III representa a distribuição da nossa população alvo segundo os cinco níveis de risco total de desenvolvimento da DM II.

Quadro III – Distribuição da População segundo o nível de risco

Nível de Risco Total (10 anos)	Nº Utentes
<7 Baixo: 1 em cada 100 indivíduos desenvolverá a doença	152
]7-11] Sensivelmente Elevado: 1 em cada 25 indivíduos desenvolverá a doença	101
[12-14 Moderado]: 1 em cada 6 indivíduos desenvolverá a doença	14
[15-20 Alto]: 1 em cada 3 indivíduos desenvolverá a doença	20
>20 Muito Alto: 1 em cada 2 indivíduos desenvolverá a doença	0
Total de Utentes	289

Foram diagnosticados dois utentes com DMII, apresentando HbA1c de 6,4% e 6,6% (ANEXO I). Estes utentes foram encaminhados para o médico de família.

Pelo facto, de um dos objetivos específicos desta intervenção, se relacionar com a intervenção como enfermeiro especialista junto dos grupos que apresentam risco moderado e alto de desenvolvimento da DMII, a nossa amostra, é composta pelos elementos incluídos nesses dois níveis. A nossa amostra foi constituída através da técnica de amostragem não probabilística, por conveniência. A referida amostra é composta por indivíduos de ambos os géneros, representado no quadro IV.

Quadro IV – Distribuição dos participantes segundo o Género

Género	Fi	%
Masculino	10	29,4
Feminino	24	70,6
Total	34	100

No quadro V encontra-se a caracterização da amostra, segundo as frequências de média, mediana, moda, desvio padrão, para algumas das variáveis em estudo, analisadas no ponto seguinte deste projeto de intervenção comunitária.

Quadro V – Caracterização dos participantes

Frequências	Idade	Peso	Altura	IMC	PA
Média	30,89	84,42	163,47	31,83	100,05
Mediana	32,50	86,50	163,50	32,00	99,50
Moda	31	100	160	25	90
D. Padrão	6,172	12,117	7,000	5,141	11,841
Mínimo	20	58	150	24	80
Máximo	39	102	176	42	130

Quadro VI – Distribuição dos participantes segundo as classes etárias

Classe Etária	Fi
[20-24[	4
[24-27[	2
[27-30[	5
[30-33[	8
[33-36[	3
[36-39]	12

Foram identificadas seis classes etárias, calculadas através da fórmula de Sturges, cuja distribuição do número de participantes se encontra descrita no quadro VI.

6.5 - Variáveis em estudo

A variável dependente é a que suporta o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado devido à presença da variável independente”, “a variável independente é a que o investigador manipula para medir o seu efeito na variável dependente” (Fortin1999, p.37).

Assim, como variáveis dependentes apresentamos o IMC, o nível de risco total e como variáveis independentes a idade, o peso, a altura, PA, o género, a

frequência de ingestão de peixe, carne, fruta, vegetais, *fast-food*, doces e a prática de exercício físico e atividade física.

6.6 - Diagnóstico da Situação de Saúde

Posteriormente à análise individual, de cada uma das variáveis apresentadas, e à sua relação, verificou-se em determinadas situações, a necessidade de cruzar algumas delas com o objetivo de identificarmos as necessidades da amostra e seguidamente elaboramos os diagnósticos de situação de saúde. Deste modo, estamos a identificar necessidades em saúde deste grupo, as quais nos possibilitam estabelecer o sentido da causalidade dos seus problemas de saúde, identificando simultaneamente indicadores de saúde relevantes para o diagnóstico de situação de saúde (OE, 2010).

No que concerne ao IMC, verifica-se que 90% da amostra se situa entre as categorias de excesso de peso e obesidade mórbida (Quadro VII). É importante referir que, a inclusão nestas categorias foi realizada com base nos valores de referência apresentados pela DGS na plataforma da obesidade (ANEXOIII).

Quadro VII – Distribuição dos participantes segundo IMC

Categorias IMC	Fi
Normal	2
Excesso de Peso	10
Obesidade Moderada (Grau I)	9
Obesidade Grave (Grau II)	11
Obesidade Mórbida (Grau III)	2

Ao relacionar o IMC com o género, verificamos que na categoria normal, encontra-se um utente de cada género, quanto à categoria de excesso de peso verifica-se que existem oito elementos do género feminino e dois do masculino. Em relação à categoria de obesidade moderada verifica-se a existência de seis elementos do sexo feminino e cinco do sexo masculino, quanto ao penúltimo grau, sete do sexo feminino e quatro do sexo masculino, na obesidade mórbida temos um elemento de cada sexo. Perante esta situação de IMC elevado, identificamos a necessidade de diminuir o IMC e consequentemente a diminuição de um dos

fatores de risco para o desenvolvimento da DMII. Apresentamos como diagnóstico de situação de saúde déficit de conhecimento sobre como diminuir o IMC.

O quadro VIII analisa a distribuição da amostra por nível de risco de desenvolvimento da DMII.

Quadro VIII – Distribuição dos participantes por Nível de risco de desenvolvimento da DMII e Idade

Classes Etárias	Nível de Risco	
	Risco Moderado	Alto Risco
[20-24[	2	2
[24-27[	0	2
[27-30[	3	2
[30-33[	6	2
[33-36[	1	2
[36-39[	2	10
Total	14	20

Assim, podemos concluir que nos participantes, o nível de risco aumenta com a idade, resultado este corroborado pelo PNPCD (2008). Porém, verifica-se a presença de todas as classes etárias no nível de risco alto. Aqui, como necessidade dos participantes, identificamos a diminuição do nível de risco de desenvolvimento da DMII e a necessidade de informação sobre os fatores de risco, como por exemplo a idade associado ao desenvolvimento da DMII. Como diagnóstico de situação, definimos déficit de conhecimento sobre os fatores de risco de desenvolvimento da DMII.

Através da análise da variável PA, também ele um fator de risco preconizado no PNPCD (2008), verificamos:

Quadro IX – Caracterização dos participantes por PA

Género	Risco Aumentado	Risco Muito Aumentado
Feminino	2	22
Masculino	4	7

Estes níveis foram definidos com base nos valores de referência apresentados pela DGS na plataforma da obesidade (Anexo III). Definimos aqui a situação de risco muito elevado de PA, identificando a necessidade de diminuir o PA e consequentemente a diminuição de um dos fatores de risco para o desenvolvimento da DMII. Apresentamos como diagnóstico de situação de saúde déficit de conhecimento sobre diminuir o PA.

O quadro X reflete a distribuição da amostra segundo a prática de exercício físico.

Quadro X – Distribuição dos participantes segundo a prática de exercício físico

Exercício Físico	Risco Moderado		Risco Elevado	
	Fi	%	Fi	%
Prática	12	85,72	0	0
Não Prática	2	14,28	20	100
Total	14	100	20	100

A prática de exercício físico é mais frequente nas mulheres (45%) do que nos homens (25%). A situação de prática de exercício físico diminuída é corroborada, pelo estudo PREVADIAB (2009), que verificou que 57% da amostra não pratica atividade física, sendo este um dos fatores de risco de desenvolvimento da doença. Verifica-se assim, necessidade de motivar para a prática de exercício físico, apresentando como diagnóstico de situação déficit de conhecimento sobre a prática de exercício físico.

Relativamente ao consumo diário de alimentos, apresentamos os dados no quadro XI.

Há um consumo aumentado de *fast-food* (86,1%) cuja frequência de ingestão diária é de 50% em ambos os sexos. Verifica-se também um consumo aumentado de alimentos ricos em açúcar (52,8%), sendo mais frequente a ingestão diária de alimentos ricos em açúcar no sexo masculino (58,3%) do que no sexo feminino (50%).

Quadro XI – Distribuição dos participantes segundo o consumo diário de alimentos

Alimentos	Consumo Diário de Alimentos	
	Fi	%
<i>Fast-food</i>	31	86,1
Carne	26	73
Fruta	24	66.6
Doces	19	52.8
Vegetais/Hortícolas	13	36.25
Peixe	10	27

Deste modo, como situação verifica-se a presença de hábitos alimentares não adequados, o que conduz ao aumento de IMC e Perímetro Abdominal e ao consequente aumento de nível de risco de desenvolvimento da DMII. Como necessidades sugerimos motivar para a prática de exercício físico, motivar para a ingestão diária de mais peixe e vegetais/hortícolas e ainda manter e aumentar a ingestão de fruta diária, de modo a responder aos objetivos da OMS neste âmbito. Como diagnósticos de situação de saúde apresentamos défice de conhecimento sobre alimentação saudável.

Quadro XII - Distribuição dos participantes segundo o fator de risco de Antecedentes familiares de DMII

Género	Risco Moderado n=14				Risco Alto n=20				Totais (%)
	Feminino		Masculino		Feminino		Masculino		
	Fi	%	Fi	%	Fi	%	Fi	%	
Antecedentes Familiares DMII - 1º Grau	4	50	4	50	3	33,33%	6	66,67%	90%
Antecedentes Familiares DMII - 2º Grau	2	40	3	60	2	22,22%	7	77,78%	81,25%

Analisando a distribuição da amostra segundo a presença do fator de risco relacionado com antecedentes familiares de DMII, verifica-se que no grupo que apresenta risco moderado de desenvolvimento da DMII, cerca de 81,25% apresenta antecedentes familiares de DMII, 50% dos quais em 1º Grau e 31,25% dos quais em segundo grau. Apenas três indivíduos deste grupo desconhecem antecedentes familiares de DMII.

No grupo da amostra que apresenta risco alto de desenvolvimento da DMII, verifica-se que cerca de 90% dos indivíduos apresentam antecedentes familiares de DMII, sendo 50% em primeiro grau e cerca de 50% em segundo grau. Apenas dois indivíduos não apresentam antecedentes familiares de DMII.

Sendo também o fator hereditariedade, um dos fatores de risco preconizados no PNPCD (2008), para o risco de desenvolvimento da DMII e apresentando o mesmo uma expressão significativa na amostra em estudo verifica-se, a necessidade de como futuro enfermeiro especialista em enfermagem comunitária intervir neste sentido.

Pelo fato da nossa amostra ser composta por indivíduos jovens, apresentando a sua maioria já descendentes, torna-se essencial trabalharmos através da educação para a saúde comportamentos saudáveis, que possibilitem a redução do risco de desenvolvimento da DMII, assim como a replicação de comportamentos não saudáveis nas camadas mais jovens da população, e assim nas primeiras linhas de descendência dos indivíduos que compõem a amostra. Apresentando esta linha de raciocínio, na nossa intervenção de enfermagem estamos a intervir segundo o Orem (1995), nas características do estado de saúde dos indivíduos, existentes, projetadas ou potenciais. Assim, ao interirmos de acordo com o acima descrito, no risco potencial de desenvolvimento de DMII, nas camadas jovens da população estamos a intervir no que Orem (1995) considera que deve ser a preocupação central dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros enquanto agência de cuidados.

Este problema devido à dimensão pode ser considerado como praticamente transversal a toda a amostra. Neste sentido, enquanto agência de cuidados, após identificarmos os déficits de autocuidado da nossa amostra, e sempre segundo uma perspectiva de prevenção primária de redução do risco, estabelecemos um plano de ação junto do agente de cuidados, delegando a

sua responsabilidade e a de outros profissionais de saúde, para que as demandas terapêuticas para o autocuidado sejam atendidas.

Concluimos referindo que, transversalmente a todas as dimensões analisadas, se encontra o diagnóstico relativo ao défice de conhecimento sobre fatores de risco de desenvolvimento da DMII, a partir do qual pretendemos priorizar intervenções e definir estratégias de intervenção para assim passarmos do prevenir ao cuidar. Consideramos assim que, através da identificação inicial dos fatores de risco para o desenvolvimento da DMII, presentes na amostra em estudo, desenvolvemos a competência de enfermeiro especialista que visa contribuir para o processo de capacitação de um grupo com vista à consecução de um projeto de saúde (OE,2010). A partir deste ponto conseguiremos, na fase seguinte do planeamento em saúde, definir prioridades, delinear objetivos, enunciar estratégias, e consequentemente desenvolver um programa de prevenção primária no âmbito da diminuição do risco de desenvolvimento da DMII.

6.7 – Planeamento em Saúde

Planear em saúde, representa para Tavares (1990) um processo contínuo de previsão de recursos e de serviços necessários, para atingir objetivos determinados de acordo com as prioridades estabelecidas. Esta dinâmica permite-nos assim, escolher entre as várias alternativas de que dispomos e assim intervir nas causas dos problemas de saúde, através da promoção da saúde e prevenção de doenças e assim incluindo mudanças no comportamento das populações (Imperatori&Giraldes,1993).

6.7.1 – Determinação de Prioridades

Segundo Stanhope&Lancaster (2011), a fase de planeamento em saúde inclui a análise dos problemas de saúde da comunidade identificados no diagnóstico de enfermagem da comunidade e a subsequente definição de prioridades de intervenção entre eles.

Para Tavares (1990), a fase de planeamento em saúde à qual corresponde o processo de determinação de prioridades, representa um processo de tomada de

decisão, no qual é essencial a definição de critérios, os quais possibilitem essa mesma determinação. Estes critérios, por sua vez, são cruciais na aplicação das diferentes técnicas para a determinação de prioridades (Tavares, 1990). Na sequência da realização do diagnóstico de situação de saúde, foram identificados dois diagnósticos de saúde principais (APÊNDICE VII):

- Défice de autocuidado relacionado com a não prática de exercício físico, associado ao não reconhecimento da sua importância, enquanto fator de risco no desenvolvimento da DMII;
- Défice de autocuidado relacionado com a não realização de uma alimentação saudável, associada ao não reconhecimento da sua importância, enquanto fator de risco no desenvolvimento da DMII.

Na priorização das intervenções utilizámos como técnica de priorização a grelha de análise de Pinault e Davelny (1986), em árvore (Tavares, 1990). Foram assim mobilizados os seguintes critérios:

- 1.Importância do problema;
- 2.Relação entre o problema e o (s) fator (es) de risco;
- 3.Capacidade técnica de resolução do problema;
- 4.Exequibilidade da intervenção;

Na análise, dos dois problemas apresentados, foi considerado o juízo científico, emitido por quatro peritos, os quais desempenham funções no âmbito da consulta de diabetologia. A referida classificação, foi fundamentada com base no descrito por Benner (2001), a qual define perito como todo aquele enfermeiro que suporta a sua ação a partir da experiência e da compreensão intuitiva das situações. Assim o considera na medida em que, a mesma se baseia em princípios, regras ou linhas orientadoras para relacionar as situações com a sua ação, “(...) *ela age a partir de uma compreensão profunda da situação global*” (Benner, 2001). As características destes peritos, segundo Benner (2001) permitem incluí-los no nível de proficiência, como competentes (APÊNDICE V).

Na figura 1 e 2 (APÊNDICE VI), encontra-se a classificação atribuída pelo autor, assim como do painel de peritos no âmbito da Diabetologia, na priorização dos problemas de saúde. Aquando a solicitação para o preenchimento da árvore de priorização, foi explicada a finalidade do estudo os objetivos do mesmo, tal como a importância da sua participação, segundo a lógica do planeamento em saúde. Apesar de possuímos um painel composto por quatro juizes, unicamente apresentamos estas duas figuras, na medida em que, a priorização perante cada problema foi comum. Interpretando os resultados obtidos a partir da elaboração das grelhas de análise, verifica-se que em relação à priorização o problema um é mais prioritário quando comparado com o problema dois. Pelo facto de ambos apresentarem uma classificação muito semelhante, todos os problemas identificados aquando do diagnóstico de situação, representam prioridades de intervenção. Esta decisão foi também influenciada pelo facto de considerarmos que, somos capazes de intervir nestes dois problemas no período de tempo que dispomos e também pelo facto de considerarmos que a resolução dos dois problemas se complementa.

Na priorização de problemas de saúde, encontramos-nos como enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária (OE, 2010), a desenvolver a competência relativa ao estabelecimento de prioridades em saúde de uma comunidade, e assim, a utilizar critérios objetivos que possibilitem essa mesma definição, integrando na tomada de decisão sobre as necessidades em saúde as orientações técnicas presentes no PNPCD (2008).

Aquando esta priorização (APÊNDICE VI), foi também considerado o nível de risco apresentado na amostra, definido na ficha de risco de desenvolvimento de DMII da DGS (2008). Assim ao intervirmos junto dos elementos da amostra, com risco elevado (1 em cada 3 desenvolverá a doença) e risco moderado (1 em cada 6 desenvolverá a doença), estamos simultaneamente a definir um critério de priorização o qual se relaciona com o risco de desenvolvimento de DMII, no prazo de 10 anos. Contudo, consideramos que através da utilização dos níveis de risco na priorização, estaremos a priorizar não problemas e intervenções de enfermagem, mas antes pessoas e probabilidades de ocorrência de DMII.

6.7.2 – Definição de Objetivos, Estratégias, Atividades e Recursos

Aquando da identificação das prioridades de intervenção, iniciamos o processo de planeamento das intervenções de enfermagem face aos problemas de saúde existentes (APÊNDICE VII). Ao formularmos objetivos e estratégias, face à priorização das necessidades em saúde estabelecidas, e que possibilitem mudanças desejáveis em termos de melhoria do estado de saúde do grupo, estamos a desenvolver competências no âmbito do enfermeiro especialista (OE,2010). A fase do planeamento em saúde, subsequente à determinação de prioridades, prende-se com a fixação de objetivos. Assim e de acordo com a finalidade da nossa intervenção de enfermagem, pretendemos capacitar o agente de cuidados para a aquisição de competências para o autocuidado ao nível da alimentação saudável, assim como da prática de atividade física regular. Acreditamos que ao motivarmos o agente de cuidados, podemos alcançar mudanças nos seus comportamentos de saúde, o que seguramente se refletirá numa diminuição do nível de risco de desenvolvimento da DMII, que apresentam (APÊNDICE VIII).

Porém, uma vez que para muitos destes agentes de cuidados este nível de risco de desenvolvimento da DMII, era até então desconhecido, ou unicamente associado à hereditariedade, torna-se essencial que através da nossa intervenção enquanto agência de cuidados sejamos capazes de demonstrar-lhes que, na realidade este risco representa um problema de saúde e simultaneamente apresentar estratégias e instrumentos essenciais e necessários a mudanças de comportamento. Neste sentido, o modelo de aprendizagem do comportamento de Rochon (1996), tornou-se fundamental na planificação da nossa intervenção. Sempre que nos referimos a aprendizagem, consideramos que a mesma representa, uma modificação relativamente estável do comportamento, em consequência da prática ou ajustamento.

Na primeira sessão de educação para a saúde (APÊNDICE IX), pretendemos que individualmente, o agente de cuidados conheça o seu problema, em que nível de risco de desenvolvimento da DMII, se situa e porquê enquanto simultaneamente pretendemos que se interesse um pouco mais sobre o mesmo, demonstrando assim interesse sobre o risco de desenvolvimento da DMII.

Ultrapassada esta primeira fase, através do Módulo II (APÊNDICE X), pretendemos que numa fase intermédia, o agente de cuidados reflita sobre o seu problema, questionando-se sobre o mesmo e se na realidade, este representa uma necessidade para si mesmo. Consideramos, que a este nível a partilha em grupo, dirigida por técnicos de saúde habilitados, nomeadamente uma psicóloga, representa uma mais-valia. Neste âmbito, negociar, promover e mobilizar diferentes parceiros comunitários, representa uma competência de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária (OE,2010).

Depois do agente de cuidados sentir esta necessidade, de tomar uma decisão face ao nível de risco de desenvolvimento da DMII, poderá passar à avaliação dos prós e contras da alteração do seu comportamento e assim iniciar o seu processo de tomada de decisão (Rochon, 1996).Ao ponderar esta decisão, o agente de cuidados clarifica os seus conhecimentos e ideias e verifica se as soluções apresentadas vão ao encontro das suas necessidades reais.

Aquando do planeamento das sessões de educação para a saúde, tivemos sempre presente a preocupação, de apresentar estratégias que o agente de cuidados pode adotar para mudar comportamentos de saúde, assim como sublinhamos sempre os benefícios que obteria se essa mudança ocorrer. Entendemos por estratégia de saúde *“um conjunto coerente de técnicas específicas organizadas com o fim de alcançar determinado objetivo”* (Imperatori& Giraldes, 1993, p.87). A aplicabilidade prática destas mudanças, assim como a sua adaptação ao quotidiano do agente de cuidados, representam preocupações também elas constantes.

Norteamos assim a nossa intervenção, uma vez que consideramos que apenas através deste modelo o indivíduo será capaz de ter a intenção de mudar e adotar um novo comportamento de saúde, que lhe possibilite ter uma alimentação saudável e uma prática de atividade física regular (APÊNDICE XI) e consequentemente diminuir o nível de risco de desenvolvimento da DMII, que apresenta, ao diminuir o seu peso, IMC e perímetro abdominal. Quando se refere à fase correspondente à intenção de mudar, Rochon (1996), refere-se ao momento no qual o agente de cuidados depois de todo este processo mental, tem a certeza desta intenção de mudar e experiencia esta mudança, de modo a verificar se este comportamento é agradável e útil para realizar no futuro. Aqui, existem fatores

pessoais que orientam o agente de cuidados, na procura, clarificação, verificação e escolha e assim nos caminhos que conduzem a esta mesma intenção.

Acreditamos que devido ao fato destes agentes de cuidados serem adultos, os quais acumulam experiências de vida, as quais são o fundamento e o substrato da sua aprendizagem futura, pretendem que os conhecimentos que adquirem tenham aplicabilidade imediata e que os permita resolver os problemas que apresentam (Knowles, 1990), pois no adulto a aptidão para a aprendizagem relaciona-se com o que eles consideram relevante para a sua saúde. Assim, segundo a perspectiva da andragogia, consideramos o agente de cuidados como um elemento que necessita de ser compreendido pelos outros e por eles tratado com a consequente consideração pessoal, pelo que, se se encontra em situações em que sente que os outros lhe estão a impor vontade deles, sem a sua participação, nas decisões que o afetam, experiência, sentimentos, nem sempre conscientes aliás de ressentimento e de resistência (Imaginário, 2004). Aquando o estabelecimento desta relação com o agente de cuidados, cujo principal objetivo se centra na mudança de hábitos de vida e assim de comportamentos de saúde, torna-se crucial que enquanto agência de cuidados sejamos capazes de mobilizar o constructo de consideração positiva incondicional de Rogers (2009). Assim, segundo este construto enquanto agência de cuidados devemos ser congruentes connosco próprios, aceitando o agente de cuidados como ele é,

... preocupa com o seu paciente de uma forma não possessiva, que o aprecia mais na sua totalidade do que de uma forma condicional, que não se contenta em aceitar simplesmente o seu paciente quando este segue determinados caminhos e em desaprová-lo quando segue outros (Rogers, 2009 p.90).

Pretende assim compreender o indivíduo na sua totalidade, de modo a compreendê-lo como um todo que apresenta potencialidades de mudança, as quais nos permitirão aferir se este representa ou não o momento certo para o fazer, ou seja, o momento que de acordo com Rochon (1996), o indivíduo toma consciência do problema e demonstra interesse em adquirir conhecimentos sobre o mesmo. Rogers (2009), reconhece à semelhança de estudos anteriormente realizados, no mesmo âmbito, que quanto mais aceitação deste género se verificar, mais possibilidades existem da nossa intervenção ser melhor sucedida,

ao nível da mudança de comportamentos de saúde. Neste processo a compreensão empática tem de estar presente pois unicamente deste modo conseguiremos aceder às representações reais do agente de cuidados e assim ajudá-lo e orientá-lo para a mudança.

Por todos os aspetos acima referidos, considerou-se fundamental introduzir esta lógica de pensamento na elaboração da nossa intervenção nas sessões de EpS identificamos os principais focos de interesse dos agentes de cuidados, de modo a obter também segundo o que Orem (1995) preconiza, um maior êxito nas intervenções em grupo. Só desta forma, após conhecermos os fatores internos e externos de que dispõem assim como, quais os seus recursos é que estaremos a desempenhar enquanto agência de cuidados o papel de facilitadores da aprendizagem, preciosa na mudança de comportamentos de saúde. Tendo em conta estes aspetos, através do modelo de promoção de saúde, somos capazes de avaliar as perceções de estado de saúde, consoante o nível de risco de desenvolvimento da DMII, que cada agente de cuidados apresenta, ajudando-os a modificar o seu comportamento em relação à saúde, mudando as perceções dos fatores que a influenciam, assim como em relação à dos benefícios dos comportamentos de promoção de saúde e/ou das barreiras aos mesmos.

Refletir sobre a nossa própria definição de saúde, identificar que tipo de importância atribuímos ao nosso estado de saúde, é o exercício que pretendemos realizar para que através do autocuidado, o agente de cuidados tome a decisão para uma mudança de comportamentos de saúde, assente numa alimentação equilibrada e uma prática de atividade física regular e assim uma efetiva diminuição do nível de risco.

De modo a sistematizarmos a nossa intervenção, como enfermeiros especialistas, no âmbito da diminuição do risco de desenvolvimento da DMII, planeamos a nossa intervenção, através de um esquema que resume e integra cada uma das fases do planeamento em saúde (APÊNDICE VII). Deste modo, partimos do diagnóstico de saúde, estabelecemos objetivos, adotamos estratégias e desenvolvemos atividades (APÊNDICE VII e VIII).

6.7.3 – Determinação de metas e avaliação

Aquando a implementação do projeto para além dos objetivos acima enunciados, devemos definir objetivos operacionais ou metas (Tavares, 1990). Segundo Tavares (1990), citando Imperatori & Giraldes (1982), as metas são um enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível das atividades do serviço, traduzido em termos de indicadores de atividade, mensuráveis a curto prazo.

De modo a melhor monitorizarmos o atingimento dos objetivos delineados assim como o cumprimento dos prazos a que nos propusemos cumprir, apresentamos seguidamente o conjunto das três metas que pretendemos alcançar. Deste modo como:

Meta 1 – Realização de sessões individuais de educação para a saúde a todos os participantes da amostra sobre a DMII e os fatores de risco de desenvolvimento da doença (Módulo I), Novembro de 2012.

Meta 2 – Realização de sessão de EpS em grupo aos participantes da amostra sobre motivação e alteração de comportamentos (Módulo II), Dezembro de 2012.

Meta 3 – Realização de sessões de EpS em grupo aos participantes da amostra sobre atividade física (Módulo III), Janeiro de 2013.

Através da planificação cronológica, melhor esquematizada no cronograma (ANEXOIV), verifica-se que o mês de Outubro de 2012 foi crucial no planeamento e organização das atividades dinamizadas.

A fase de avaliação da intervenção comunitária, possibilita a avaliação dos objetivos e atividades desenvolvidas, no âmbito dos referidos programas assim como nos permite avaliar os indicadores de processo definidos. Na realidade, é nesta etapa do planeamento em saúde que conseguimos concluir se a nossa intervenção foi bem-sucedida.

Neste sentido, paralelamente à definição de metas definimos indicadores de processo, de modo a melhor monitorizarmos o sucesso das nossas estratégias de intervenção e a consequente adequação das atividades desenvolvidas (APÊNDICE

XII). Esta dinâmica apenas é possível através de um processo de auto-avaliação, a qual constitui uma prioridade, porque coincide a execução com a possível correção (Imperatori, 1985).

Como indicadores de processo deste projeto definimos uma percentagem $\leq 50\%$ de participação da amostra nas sessões individuais – Módulo I assim como nas sessões em grupo Módulo II e Módulo III e também uma percentagem $\leq 50\%$ de satisfação da amostra nas sessões individuais – Módulo I e sessões em grupo Módulo II e Módulo III. É também importante referir que todas as sessões de educação para a saúde planeadas foram realizadas, tendo sido cumpridos os prazos delineados para a realização das mesmas.

Quadro XIII –Indicadores de Processo

Atividades	% Participação da amostra	% Satisfação da amostra		
		Não Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
Módulo I	94.4%	0%	17.6%	82.4%
Módulo II	88.2%	0%	6.7%	93.3%
Módulo III	64.6%	0%	10.6%	89.4%

Através da interpretação do quadro acima exposto podemos verificar que ao nível dos indicadores de processo, as atividades foram bem-sucedidas. A acrescentar a estes dados estatísticos, apresentamos algumas das expressões verbalizadas pelos participantes nas sessões de educação para a saúde que reconhecem a importância das mesmas ao referirem: *Este tipo de sessões deviam de ser feitas mais vezes, pois se estivermos sempre a ouvir falar do tipo de alimentos que devemos comer, quando vamos às compras resistimos às guloseimas (...), realmente tenho comido muito mal ultimamente (...), que horror, um hambúrguer tem tantas calorias! Vou deixar de levar os miúdos tantas vezes ao Mac (...), abriu um ginásio, perto de mim, para a semana vou ver se lá vou para saber se a inscrição é muito cara (...) agora vou pensar duas vezes ao domingo à tarde, antes de me sentar no sofá (...), realmente como muitas mais calorias do que aquelas que queimo (...) este tipo de sessões são importantes para*

pensarmos no que andamos a fazer a nós e aos nossos filhos (...), sento-me mais leve e com outro ânimo para mudar o que não consegui até aqui.

Segundo Tavares (1990), os indicadores de impacto traduzem as alterações verificadas, como os ganhos em saúde. Neste sentido, como indicadores de impacto, da nossa intervenção como enfermeiros especialistas definimos para Julho de 2013:

- Diminuição do nível de risco de desenvolvimento da DMII no total de 40% dos participantes;
- Diminuição do IMC e consequentemente do peso corporal no total de 40% dos participantes;
- Diminuição do perímetro abdominal no total de 40% dos participantes.

A avaliação através dos indicadores de impacto da nossa intervenção como enfermeiros especialistas, apenas poderá ser avaliada seis meses após o final dessa mesma intervenção na medida em que, apenas no decorrer desse período se pode observar mudanças nos comportamentos de saúde dos participantes e consequentemente, nos fatores de risco modificáveis para o desenvolvimento da DMII que os referidos participantes apresentam (APÊNDICE VII).

A referida avaliação irá ser realizada através da aplicação da ficha de risco de desenvolvimento da DMII, da DGS e do questionário complementar elaborado para a colheita de dados iniciais.

Nesta etapa desenvolvemos uma das competências de enfermeiro especialista que preconiza a avaliação de programas de intervenção no âmbito da prevenção e promoção da saúde (OE, 2010).

7- QUESTÕES ÉTICAS

Pelo facto dos participantes em estudo serem seres humanos existem um conjunto de valores éticos e humanos que necessitam de ser respeitados. O primeiro prende-se com o direito à autodeterminação, em que a pessoa é capaz de decidir por ela própria sobre a sua participação ou não na respetiva investigação. Cada participante será informado relativamente ao tipo de estudo, seus objetivos, sua finalidade, critérios pelos quais foram selecionados e outros aspetos que lhes suscitem qualquer dúvida. Será por isso assegurado o direito ao consentimento informado (APÊNDICE I). A confidencialidade e o anonimato serão salvaguardados durante a recolha e transmissão dos dados importantes para a realização deste estudo (OE, 2003). O tratamento de dados será efetuado com autenticidade e fidelidade, não sendo os dados fornecidos utilizados para outro fim senão o presente estudo.

Foi também solicitada autorização ao Diretor Executivo do ACES de Almada, através de requerimento próprio para o desenvolvimento do presente relatório, tendo o mesmo sido aprovado pelo coordenador da USF Monte de Caparica e pelo Diretor Executivo do ACES de Almada (ANEXO IV).

Foi também solicitada autorização para às entidades supracitadas para podermos citar o nome do ACES de Almada e da USF Monte de Caparica no presente relatório (ANEXO V).

8 - CONCLUSÃO

O relatório de estágio em causa, que visa tornar pública a intervenção de enfermagem comunitária “Do Prevenir ao Cuidar”, pautou-se pela consecução dos objetivos propostos, o que permitiu a avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, na população dos 20-39 anos inscrita na USF do Monte de Caparica.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume, deste modo, um papel fundamental na prevenção de doenças crónicas, como a DMII. A sua capacidade de diagnosticar necessidades de saúde, de estabelecer prioridades, de coordenar e integrar programas e projetos que visem o *empowerment* de indivíduos e comunidades e o suprimento das suas necessidades, permite-lhe agir, fundamentadamente, nos determinantes da saúde. Nesta dinâmica, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária representa um elemento potenciador de ganhos em saúde para indivíduos e comunidades, pois desde há muito que incorpora como competências a educação e capacitação para a saúde. A investigação em enfermagem possibilita assim, o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência que por sua vez contribui para um carácter inovador e proficiente da intervenção de enfermagem.

Neste sentido, todo este percurso percorrido, foi sem dúvida enriquecedor na medida em que, concomitantemente mobilizava a metodologia do planeamento em saúde e compreendia quais os princípios essenciais na intervenção comunitária, para a motivação na mudança de comportamentos de saúde dos participantes. Representou um exercício importante não só através da identificação dos níveis de risco existentes na população-alvo, mas também na identificação dos principais fatores de risco de desenvolvimento da DMII existentes assim como dos padrões alimentares e de exercício mais comuns.

Contudo, foi a intervenção de enfermagem comunitária nos grupos que apresentam risco moderado e alto de desenvolvimento da DMII, que nos permitiu sublinhar a importância do perfil de educador para a saúde. Assim o consideramos na medida em que, apenas como especialista em enfermagem comunitária podemos explorar o conjunto de fatores de risco individuais que conduzem ao desenvolvimento da DMII, e assim maximizar a influência dos mesmos na elaboração da intervenção comunitária coerente, sustentada e orientada, segundo a perspetiva da prevenção primária, para uma mudança de estilos de vida,

capacitando o indivíduo na aquisição de hábitos de vida saudáveis os quais possibilitem o desenvolvimento de comportamentos de saúde. Nesta dinâmica, é essencial trabalhar a motivação para a mudança, individualmente e em grupo, por forma a diminuir alguns dos fatores de risco modificáveis através da aquisição desses comportamentos de saúde relacionados com hábitos alimentares equilibrados e com a prática de atividade física regular.

Aquando da realização deste relatório, uma das principais dificuldades sentidas associou-se às características dos participantes da amostra, sobretudo ao nível da idade. Pelo fato dos mesmos se incluírem numa faixa etária jovem, com filhos a seu cargo, exigiu uma grande coordenação no planeamento das sessões de modo a equilibrar os interesses de ambas as partes. Contudo, e apesar do esforço acrescido a este nível obtivemos sucesso ao nível das taxas de adesão, pois as sessões de EpS foram realizadas em horário pós laboral. A circunstância de frequentemente, serem as mães que acompanham os filhos à USF do Monte de Caparica, condicionou o género feminino como predominante na nossa amostra. Neste sentido, como sugestão para trabalhos futuros realizados neste âmbito, julgamos que seria desafiante diversificar mais a amostra de participantes ao nível do género.

A inclusão de diferentes profissionais nas diferentes sessões de EpS foi estimulante, uma vez que representou uma mais-valia ao nível do planeamento e da intervenção comunitária, acrescentando diferentes olhares das variadas disciplinas, o que possibilitou uma melhor adaptação e adequação da intervenção às necessidades dos participantes. Assim, numa futura intervenção neste âmbito sugerimos que continuaria a ser importante manter a envolvimento multiprofissional, tornando-se crucial uma intervenção estruturada da psicóloga e da professora de educação a nível individual e em grupo, à semelhança do desenvolvido pela enfermeira especialista. Neste grupo de intervenção futura tornar-se-ia também um exercício interessante incluir alguns indivíduos da comunidade que devido às suas características individuais se tornassem elementos de referência essenciais às dinâmicas de grupo.

Neste nosso percurso tivemos a oportunidade de realizar o diagnóstico de DMII em dois participantes, sendo esta ocorrência referida em diferentes estudos como o PREVADIAB (2009). Sublinha-se assim, a importância de alargar esta intervenção a um maior número de indivíduos, ficando posteriormente os mesmos

referenciados a uma consulta de risco de desenvolvimento da DMII, semelhante à existente na USF Monte de Caparica, na qual são vigiados e avaliados os níveis de risco que apresentam, passando deste modo de uma intervenção de enfermagem a nível da prevenção primária para uma intervenção de prevenção secundária.

Consideramos que esta avaliação do nível de risco de desenvolvimento da DMII, pela importância que lhe é inerente, deverá ser realizada ao nível da família dos indivíduos em risco. Acreditamos que deste modo, segundo uma abordagem de enfermagem de família, estaremos por um lado a aumentar o número de avaliações realizadas, detetando precocemente os indivíduos com risco de desenvolvimento da DMII e simultaneamente a favorecer uma intervenção na família, orientada para a aquisição de estilos de vida saudáveis e assim consequentemente possibilitar o desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

Consideramos ser importante que a avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, seja realizada através da aplicação da avaliação de ficha de risco da DGS (2008), e complementada pelo questionário elaborado, já que consideramos que o mesmo foi útil na adequação dos conteúdos das sessões de EpS. Neste sentido, formalizou-se esta proposta à DGS, por correio eletrónico enviado ao atual responsável pelo PNPCD, o Professor Doutor José Manuel Luís Boavida. Aguardamos a resposta.

Posteriormente à realização deste trabalho, no despacho nº 3052/2013 é sublinhada a importância do mesmo sendo:

O diagnóstico precoce e a intervenção atempada diminuem o risco de complicações na diabetes, pelo que a utilização da avaliação de risco de diabetes em todos os utentes permitirá a adequação da assistência à estratificação do risco, com vista a prevenção da diabetes (Despacho nº 3052/2013. Diário da República, 2ª Série – Nº40 – 26/02/2013)

Esperamos que através da realização deste relatório consigamos demonstrar por um lado a importância da avaliação dos níveis de risco de desenvolvimento da DMII, assim como reforçar o papel primordial do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, na prevenção primária assim como na aquisição estilos de vida saudáveis.

Consideramos primordial o desenvolvimento de investigação, que possibilite compreender qual a influência dos fatores pessoais na motivação para a mudança de comportamentos de saúde de modo a maximizar os resultados obtidos pela intervenção comunitária.

9 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Escola Superior Enfermagem de Lisboa (2012). *Norma APA*. Acedido em 10/03/2013, Disponível em <http://esel.pt>.

ACES Almada .*Plano de Actividades 2011*. Monte Caparica

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Edições Quarteto.

Brites, M. *Conhecer para Prevenir. Avaliação do nível de risco da Diabetes Mellitus tipo 2 na USF MC*. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Apresentada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Carmo, R. (1970/71). *Teorias de Aprendizagem e sua aplicação ao ensino de enfermagem*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Artur Ravara.

Carta de Ottawa (1986). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Ottawa: Autor.

Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação*. Loures: Lusociência.

Declaração de Alma-Ata (1978). *Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*. Alma Ata: Autor.

Despacho nº 3052/201. *Diário da República*, 2ª Série – Nº40 – 26/02/2013.

European Observatory on Health Systems and Policies (2010). *Tacking Chronic Disease in Europe – Strategies, interventions and challenges*. Denmark: WHO.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2000) – *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.

Honoré, B. (2002). *A Saúde em Projecto*. Loures: Lusociência.

Imaginário, L. (2004). *Revista de Formadores: Andragogia*. Revista Formar Nº 46/50 – Março 2004.

Imperatori, E.; Giraldes, M.R. (1993). *Metodologias de Planeamento em Saúde*. (3ª edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Boletim Mensal de Estatística de Agosto 2011*. Lisboa: Autor

Knowles, M. (1990). *The Adult Learner: a neglected species* (4th edition) Houston: Gulf Publishing.

Last, J. (1988). *Um dicionário de epidemiologia*. 2ª edição. Oxford University Press.

Naser, K.A., Gruber, A., Thomson, G.A. (2006). *The emerging pandemic of obesity and diabetes: are we doing enough to prevent a disaster?* International Journal of Clinical Practice, 60(9), 1093-1097.

New South Wales Department of Health. (2010). *Public Health Classification Project – Determinants of Health, Phase Two: Final Report*. New SouthWales: Autor.

Nichiata, Et Al. (2008). *A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela enfermagem*. Revista Latino Americana de enfermagem 16 (5).

Nobre, E.L. et al (2004). *Tendências do Peso em Portugal no final do século XX: estudo de coorte de jovens do sexo masculino*. Acta Médica Portuguesa, 17, 205-209.

Observatório Nacional da Diabetes. (2011). *Diabetes: Factos e Números 2011*.

Observatório Nacional da Diabetes. (2012). *Diabetes: Factos e Números 2012*.

Odgen, J.(1999) – *Psicologia da Saúde*. Climepsi Editores, Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Autor.

Orem, D. (1991). *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby – Year Book.

Orem, D. (1995). *Nursing Concepts of Practice*. St. Louis: Mosby – Year Book.

Ministério da saúde.Direcção Geral da saúde. (2008). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes*. Lisboa: Autor.

PREVADIAB (2009). *Estudo da Prevalência da Diabetes em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia e Direcção Geral de Saúde.

Rochon, A. (1996). *Educacion para la salud: Guia práctico para realizar unproyeto*. Barcelona: edições Mason.

Rodrigues, V. (2005). *Educar para a saúde: Uma estratégia de promoção da saúde*. Revista Sinais Vitais (59), 47-51.

Rogers, C. (2009). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Santos, M. (2010). *Obesidade e Ingestão Nutricional em Crianças Portuguesas dos dois aos cinco anos de idade*. Tese de Mestrado em Dietética e Nutrição. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Sapienza, (2005). *Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente*. Revista Psicologia em estudo vol.10, nº2, maio/agosto, p.209-216. Maringá.

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública – Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População*. Loures: Lusodidacta.


Tuomilehto, J., et al. (2001). *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among*. Filand.

World Health Organization.(2011). *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. Italy: Autor.

World Health Organization.(2002). *The World Health Report 2002- Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. Switzerland: Autor.

ANEXOS

Anexo I – DGS Norma de Diagnóstico nº2 14/01/2011

NORMA DA DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE		<small>Francisco Henrique Moura George</small> <small>Digitally signed by Francisco Henrique Moura George DN: cn=PE, ou=Ministério da Saúde, ou=Direcção-Geral da Saúde, c=Portugal Date: 2011.01.14 13:20:07 Z</small>	<small>Direcção-Geral da Saúde www.dgs.pt</small>
			 <small>Ministério da Saúde</small>
		NÚMERO:	002/2011
		DATA:	14/01/2011
ASSUNTO:	Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus		
PALAVRAS-CHAVE:	Diabetes ; Diagnóstico		
PARA:	Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde		
CONTACTO:	Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (diabetes@dgs.pt)		
<p>Nos termos da alínea c) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 66/2007, de 29 de Maio, na redacção dada pelo Decreto Regulamentar nº 21/2008, de 2 de Dezembro, emite-se a Norma seguinte:</p>			
<ol style="list-style-type: none">1. O diagnóstico de diabetes é feito com base nos seguintes parâmetros e valores para plasma venoso na população em geral:<ol style="list-style-type: none">a) Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl (ou $\geq 7,0$ mmol/l); oub) Sintomas clássicos + glicemia ocasional ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l); ouc) Glicemia ≥ 200 mg/dl (ou $\geq 11,1$ mmol/l) às 2 horas, na prova de tolerância à glicose oral (PTGO) com 75g de glicose; oud) Hemoglobina glicada A1c (HbA1c) $\geq 6,5\%$.2. O diagnóstico de diabetes numa pessoa assintomática não deve ser realizado na base de um único valor anormal de glicemia de jejum ou de HbA1c, devendo ser confirmado numa segunda análise, após uma a duas semanas.3. É aconselhável usar um só parâmetro para o diagnóstico de diabetes. No entanto, se houver avaliação simultânea de glicemia de jejum e de HbA1c, se ambos forem valores de diagnóstico, este fica confirmado, mas se um for discordante, o parâmetro anormal deve ser repetido numa segunda análise.4. O diagnóstico da hiperglicemia intermédia ou identificação de categorias de risco aumentado para diabetes, faz-se com base nos seguintes parâmetros:<ol style="list-style-type: none">a) Anomalia da Glicemia de Jejum (AGJ): glicemia de jejum ≥ 110 e < 126 mg/dl (ou $\geq 6,1$ e $< 7,0$ mmol/l);b) Tolerância Diminuída à Glicose (TDG): glicemia às 2 horas na PTGO ≥ 140 e < 200 mg/dl (ou $\geq 7,8$ e $< 11,1$ mmol/l).			
<small>DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE | Alameda D. Afonso Henriques, 45 - 1049-005 Lisboa | Tel: 218430500 | Fax: 218430530 | E-mail: geral@dgs.pt | www.dgs.pt</small>			

5. O diagnóstico da diabetes gestacional faz-se com base nos seguintes valores para plasma venoso:
- a) Glicemia de jejum, a realizar na 1.ª consulta de gravidez, ≥ 92 mg/dl e < 126 mg/dl (ou $\geq 5,1$ e $< 7,0$ mmol/l);
 - b) Se glicemia de jejum < 92 mg/dl, realiza-se PTGO com 75 g de glicose, às 24-28 semanas de gestação. É critério para diagnóstico de diabetes gestacional, a confirmação de um ou mais valores
 - i. às 0 horas, glicemia ≥ 92 mg/dl (ou $\geq 5,1$ mmol/l);
 - ii. à 1 hora, glicemia ≥ 180 mg/dl (ou $\geq 10,0$ mmol/l);
 - iii. às 2 horas, glicemia ≥ 153 mg/dl (ou $\geq 8,5$ mmol/l).
6. A classificação da diabetes estabelece a existência de quatro tipos clínicos, etiologicamente distintos:
- a) Diabetes tipo 1;
 - b) Diabetes tipo 2;
 - c) Diabetes gestacional;
 - d) Outros tipos específicos de diabetes.
7. O diagnóstico de diabetes é registado no processo clínico.
8. O diagnóstico de hiperglicemia intermédia é registado no processo clínico.
9. No caso do diagnóstico de diabetes ser feito em meio hospitalar, o médico elabora relatório clínico a ser entregue à pessoa com diabetes e dirigido ao médico de família do centro de saúde onde está inscrita (ou ao seu médico assistente), o qual procederá conforme 6. ou 7..
10. No momento em que qualquer médico confirme o diagnóstico de diabetes obriga-se à emissão de receita com prescrição do "Guia da Pessoa com Diabetes".
11. É anulada a Circular Normativa n.º 9/DGS/DGCG, de 4 de Julho de 2002 e também os pontos 1 e 2 da Circular Normativa n.º 8/DGS/DGCG, de 4 de Novembro de 1998.

CRITÉRIOS

- a) A diabetes tipo 1 resulta da destruição das células β dos ilhéus de Langerhans do pâncreas, com insulinopenia absoluta, passando a insulinoterapia a ser indispensável para assegurar a sobrevivência. Na maioria dos casos, a destruição das células dá-se por um mecanismo auto-imune, pelo que se denomina diabetes tipo 1 auto-imune. Nalguns casos não se consegue documentar a existência do processo imunológico, passando nestes casos a ser denominar-se por diabetes tipo 1 idiopática.

A diabetes tipo 1 corresponde a 5-10% de todos os casos de diabetes e é, em regra, mais comum na infância e adolescência.

Quando a destruição da célula β é súbita, a cetoacidose é muitas vezes a primeira manifestação da diabetes tipo 1.

- b) A diabetes tipo 2 é a forma mais frequente de diabetes, resultando da existência de insulinoopenia relativa, com maior ou menor grau de insulinoresistência. Corresponde a cerca de 90% de todos os casos de diabetes e, muitas vezes, está associada a obesidade, principalmente abdominal, a hipertensão arterial e a dislipidemia.

A diabetes tipo 2 é clinicamente silenciosa na maioria dos casos e é diagnosticada frequentemente em exames de rotina ou no decurso de uma hospitalização por outra causa.

- c) A diabetes gestacional corresponde a qualquer grau de anomalia do metabolismo da glicose documentado, pela primeira vez, durante a gravidez:
- Na gravidez, a prova de tolerância à glicose obriga à colheita de sangue para doseamento de glicémia às 0, 1 e 2 horas.
 - Na gravidez deixa de ser necessário realizar-se rastreio com 50 g de glicose.
- d) Os outros tipos específicos de diabetes correspondem a situações em que a diabetes é consequência de um processo etiopatogénico identificado, como:
- defeitos genéticos da célula β ;
 - defeitos genéticos na acção da insulina;
 - doenças do pâncreas exócrino;
 - endocrinopatias diversas;
 - diabetes induzida por químicos ou fármacos.

AVALIAÇÃO

- A avaliação da implementação da presente Norma é contínua, executada a nível local, regional e nacional.
- A parametrização dos sistemas de informação para a monitorização e avaliação da implementação e impacte da presente Norma é da responsabilidade das administrações regionais de saúde.
- A efectividade da implementação da presente Norma nos cuidados de saúde primários e a emissão de directivas e instruções para o seu cumprimento é da responsabilidade dos conselhos clínicos dos agrupamentos de centros de saúde.
- A Direcção-Geral da Saúde, através do Departamento da Qualidade na Saúde e do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes, elabora e divulga relatórios de progresso de monitorização.

- e) A implementação da presente Norma é monitorizada e avaliada através dos seguintes indicadores:
- i. % inscritos com diabetes tipo 1
 - ii. % inscritos com diabetes tipo 2
 - iii. % inscritos com diabetes gestacional
 - iv. % pessoas com diabetes tipo 1 com compromisso de vigilância
 - v. % pessoas com diabetes tipo 2 com compromisso de vigilância
 - vi. % de grávidas com diabetes gestacional com compromisso de vigilância
 - vii. incidência de diabetes tipo 1, entre os inscritos na unidade de saúde
 - viii. Incidência de diabetes tipo 2, entre os inscritos na unidade de saúde
- f) Os indicadores de avaliação da implementação da presente Norma, possuem bilhetes de identidade a ela anexos e que dela fazem parte integrante.

FUNDAMENTAÇÃO

O conhecimento científico dos últimos anos, em áreas como a genética, a imunologia e a epidemiologia da diabetes, obriga a uma actualização regular dos seus critérios de diagnóstico e classificação.

A identificação do estágio em que a pessoa com alterações do metabolismo da glicose se encontra em cada momento permite iniciar as estratégias de intervenção e monitorização mais adequadas.

Consideram-se, actualmente, dois estádios intermédios de alteração de homeostase da glicose: a anomalia da glicemia de jejum e a tolerância diminuída à glicose após sobrecarga oral com 75 g de glicose. Tanto a AGJ como a TDG, isoladamente ou em conjunto, identificam grupos de indivíduos que se encontram em estádios distintos da alteração do metabolismo da glicose, para os quais existe um risco aumentado, em relação à população normoglicémica, de vir a desenvolver diabetes e doença cardiovascular. Estas duas situações denominam-se por hiperglicemia intermédia, correspondendo a categorias de risco aumentado para a diabetes.

A utilização da HbA1c no diagnóstico da diabetes é seguida pela *American Diabetes Association* (ADA), após recomendação de um grupo de peritos internacional, em 2009, constituído por elementos da ADA, da *European Association for the Study of Diabetes* (EASD) e da *International Diabetes Federation* (IDF), tendo a Organização Mundial da Saúde recomendado a sua utilização, conforme relatório "Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus", 2011. No entanto, este parâmetro não exclui os anteriores, não se excluindo a existência de diabetes para um valor inferior a 6,5%. Este grupo de peritos considera ainda que existe insuficiente evidência para fazer uma recomendação formal na interpretação dos valores inferiores a 6,5%.

APOIO CIENTÍFICO

José Manuel Boavida (Coordenador), Augusto Duarte, Lisa Ferreira Vicente, Manuel Almeida Ruas, Pedro Carneiro de Melo.

BIBLIOGRAFIA

- Definition and diagnosis of diabetes mellitus and intermediate hyperglycemia: report of a WHO/IDF consultation. World Health Organization, 2006.
- Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its Complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. World Health Organization, 1999.
- International Expert Committee report on the role of the A1C assay in the diagnosis of diabetes. Diabetes Care, 2009, 32:1327-1334.
- Standards of Medical Care in Diabetes, 2011. Diabetes Care, 34, S11-S61.
- Use of Glycated Haemoglobin (HbA1c) in the Diagnosis of Diabetes Mellitus", World Health Organization, 2011.



Francisco George
Director-Geral da Saúde

**Anexo II – Ficha de avaliação nível de risco de desenvolvimento da Diabetes,
DGS(2008)**

ANEXOS

ANEXO I: FICHA DE AVALIAÇÃO DE RISCO DE DIABETES TIPO 2

Assinalar com uma cruz a resposta e somar o total de pontos no final.

1. Idade 2. Índice de Massa Corporal²⁰

0 p. Menos de 45 anos 0 p. Menos de 25 kg/m²

2 p. 45-54 anos 1 p. 25-30 kg/m²

3 p. 55-64 anos 3 p. Mais de 30 kg/m²

4 p. Mais de 64 anos

3. Medida da cintura (normalmente ao nível do umbigo)

HOMENS MULHERES

0 p. Menos de 94 cm 0 p. Menos de 80 cm

3 p. 94-102 cm 3 p. 80-88 cm

4 p. Mais de 102 cm 4 p. Mais de 88 cm

4. Prática, diariamente, actividade física pelo menos durante 30 minutos no trabalho ou durante o tempo livre (incluindo actividades da vida diária)?

0 p. Sim

2 p. Não

5. Com que regularidade come vegetais e/ou fruta?

0 p. Todos os dias

1 p. Às vezes

6. Toma regularmente ou já tomou alguma medicamentos para a Hipertensão Arterial?

0 p. Não

2 p. Sim

7. Alguma vez teve açúcar elevado no sangue (ex. num exame de saúde, durante um período de doença ou durante a gravidez)?

0 p. Não

5 p. Sim

8. Tem algum membro de família próxima ou outros familiares a quem foi diagnosticado diabetes (Tipo 1 ou Tipo 2)?

0 p. Não

3 p. Sim: avós, tias, tios ou primos 1º grau (excepto pais, irmãos, irmãs ou filhos)?

5 p. Sim: Pais, irmãos, irmãs ou filhos

Nível de Risco total

O Risco de vir a ter Diabetes Tipo 2 dentro de 10 anos é:

< 7 Baixo: calcula-se que 1 em 100 desenvolverá a doença

7-11 Sensivelmente elevado: calcula-se que 1 em 25 desenvolverá a doença

12-14 Moderado: calcula-se que 1 em 6 desenvolverá a doença

15-20 Alto: calcula-se que 1 em 3 desenvolverá a doença

> 20 Muito alto: calcula-se que 1 em 2 desenvolverá a doença

²⁰

Ver tabela em anexo.

Anexo III – Valores de referência para classificação de IMC e PA, DGS Plataforma de Luta contra a Obesidade (2010)



Classificação IMC segundo DGS - Plataforma da Obesidade

IMC > 18 < 25 Kg/m ²	Normal
IMC > 25 < 30 Kg/m ²	Excesso de Peso
IMC > 30 < 35 Kg/m ²	Obesidade moderada (grau I)
IMC > 35 < 40 Kg/m ²	Obesidade grave (grau II)
IMC > 40 Kg/m ²	Obesidade mórbida (grau III)

Classificação PA segundo DGS - Plataforma da Obesidade

Nível de risco	Perímetro Abdominal	
	Masculino	Feminino
Risco Aumentado	≥ 94	≥ 80
Risco Muito Aumentado	≥ 102	≥ 88

Anexo IV – Autorização para realização do estágio e intervenção comunitária

 ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo I.P.	 Ministério da Saúde	
ACES de ALMADA		
Exma. Sra. Enfermeira		
Ana Rita Leal da Nóbrega		
Referência	Sua comunicação	Nossa referência
	27 -03-2012	
Assunto – Ensino Clínico – Curso Mestrado – Área de Especialização em Enfermagem de S. Comunitária 2012/2013		
Relativamente ao assunto em epígrafe, e em resposta ao V. Offício, informamos que prevemos ter disponibilidade para a receber para a realização de ensino clínico na Unidade de Saúde Familiar do Monte Caparica, no período de 21 de Março de 2012 a Março de 2013 sob a orientação da Sra. Enfermeira Maria Jorge Oliveira Brites.		
A Vogal do Conselho Clínico		
		
M. Anjos Garcia		

ANEXO V – Autorização para a utilização dos nomes das unidades de saúde funcionais do ACES de Almada



Ao Conselho Clínico do Agrupamento de Centros de Saúde de Almada

Eu, Ana Rita Leal de Nóbrega, enfermeira, a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem – Área de especialização Saúde Comunitária, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar o meu estágio com relatório na Unidade de Saúde Familiar do Monte de Caparica. O tema do meu relatório encontra-se relacionado com a avaliação do risco de desenvolvimento da Diabetes Mellitus Tipo II. Venho por este meio, solicitar a Vossas Excelências, a autorização para nomear o nome da instituição ACES de Almada e das respectivas unidades funcionais no meu relatório de estágio.

Pede deferimento,

Almada, 10 de Dezembro de 2012

(Ana Rita Leal de Nóbrega)

Autorizo a Nomeação do
ACES Almada-Seixal no
Relatório de Estágio

Vogal do Conselho Clínico
ACES Almada-Seixal

Enf.ª Paula Realista

APÊNDICES

APÊNDICE I – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

“AVALIAÇÃO NA PESSOA DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DA
DIABETES MELITTUS TIPO II”

Investigadora: Enf.^aAna Rita Leal de Nóbrega

Eu, _____, abaixo assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que estou a participar, tendo-me sido proporcionada informação sobre os objectivos e os métodos utilizados no presente estudo. Foram-me proporcionados esclarecimentos sobre a segunda fase de realização do presente estudo tal como, quais os benefícios da participação no mesmo. Foi-me também informado que os dados colhidos apenas serão utilizados para o presente estudo, não sendo a minha identidade revelada.

Monte de Caparica, ____ de _____ de 2012

Assinatura

Assinatura da investigadora

APÊNDICE II – Questionário complementar à ficha de avaliação de risco de desenvolvimento da DMII

1. Sexo _____

2. Idade

Quantos anos tem _____

3. Escolaridade _____

4. Peso _____

5. Altura _____

6. Índice de massa corporal

IMC _____

7. Perímetro Abdominal

_____ cm

8. Comer e beber: Apresenta alguma alteração na mastigação, deglutição? Quais os seus hábitos alimentares mais frequentes*?

Tipo Alimento	Diariamente (nº vezes e confeção)	Semanalmente (nº vezes e confeção)	Mensalmente (nº vezes e confeção)
Peixe			
Carne			
Vegetais/ Hortícolas			
Fruta			
FastFood			
Doces			

* Suporte gráfico da roda dos alimentos

9. Movimentar-se e manter a postura correta: Apresenta alguma limitação física ou psicomotora que influencie a atividade física e o exercício físico?

Sim

Não

Qual: _____

Com que regularidade pratica exercício físico?

Diariamente

Semanalmente

Mensalmente

Quantas vezes?

10. Dormir e repousar: Trabalha por turnos?

11. Comunicação: Existe alguma alteração ao nível da comunicação verbal e não verbal? (que possa influenciar a informação obtida, com a aplicação deste questionário e simultaneamente as futuras sessões de educação para a saúde)

Sim

Não

Talvez

12. Praticar a religião e crenças: Qual a sua religião e crenças? (pode influenciar hábitos alimentares, exercício físico)

13. Divertir-se: De que forma ocupa os seus tempos livres? Que atividades desenvolve? Com que frequência?

14. Aprender: De entre todas as áreas que fui abordando durante a realização deste questionário, quais os temas que gostaria, no futuro de ver desenvolvidos? Qual considera ser a melhor forma de o fazer?

APÊNDICE III– Relatório de avaliação do Pré-Teste

A introdução do pré-teste, surgiu mediante a necessidade de formular um questionário de acordo com o acima descrito para especificar a alguns dos pontos presentes na folha de avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, da DGS. Achou-se assim, que uma informação mais pormenorizada seria importante para uma melhor caracterização da amostra e consequente população em estudo.

Consideramos também pertinente realizar uma caracterização sociodemográfica dos dez indivíduos aos quais foi aplicado o pré-teste. Assim, no grupo existem sete elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 20 e os 30 anos, e três do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 22 e 26 anos. Quatro dos sete elementos do sexo feminino possuem o 12º ano de escolaridade, dois dos indivíduos, o 9º ano e um é licenciado. Os três indivíduos do sexo masculino possuem o 9º ano de escolaridade. Todos os indivíduos deste grupo, habitam no Monte de Caparica.

Na elaboração do questionário algumas das catorze necessidades humanas, nomeadamente a número nove (evitar perigos) e a número doze (ocupar de forma a sentir-se útil) por considerarmos que não seria pertinente para a temática em estudo.

O presente questionário foi aplicado pelo autor, representando este um interlocutor face à pessoa estudada.

O pré-teste foi realizado antes do período correspondente à colheita de dados, no dia 8 de Junho de 2012, na USF do Monte de Caparica, a dez indivíduos da população em estudo. Foi solicitada a opinião de duas profissionais de enfermagem, da USF Monte de Caparica, uma das quais, a minha orientadora clínica, que integra a consulta da Diabetes da referida USF, desenvolvendo a segunda enfermeira intervenção de enfermagem de modo assíduo na mesma consulta.

Após a realização de uma entrevista exploratória a estas duas enfermeiras, aplicou-se o pré-teste aos dez indivíduos e consequentemente elaborou-se o questionário final o qual consta como anexo à ficha de avaliação do risco de desenvolvimento da DM II. Deste modo conclui-se que a questão

número um, relativa à necessidade respirar foi excluída já que nenhum dos indivíduos apresentava alteração a este nível e não se reconhece uma influência determinante da mesma para a temática em estudo. Em relação à questão referente à necessidade humana básica comer e beber, houve necessidade de acrescentar alíneas de modo a descrever hábitos alimentares como consumo de *fast-food*, sumos e doces.

A questão três relativa á necessidade eliminar também foi retirada pelos mesmos motivos da primeira questão.

A questão cinco, cuja necessidade representada é o dormir e repousar, manteve-se. Com o pré-teste, foi reforçada a sua necessidade pelo facto de três dos indivíduos trabalharem com horários rotativos, facto que influenciava não só o horário das refeições como o tipo de alimentos ingeridos. A questão seis, sete e oito também foram retiradas pelo facto de não serem consideradas pelos profissionais como relevantes e por nenhum dos indivíduos apresentar alterações nas mesmas.

Todas as questões que não foram aqui referidas mantiveram-se inalteradas.

APÊNDICE IV – Cronograma da Intervenção de Enfermagem na Comunidade

[illegible]

APÊNDICE V – Classificação de Juízes de acordo com Benner (2001)

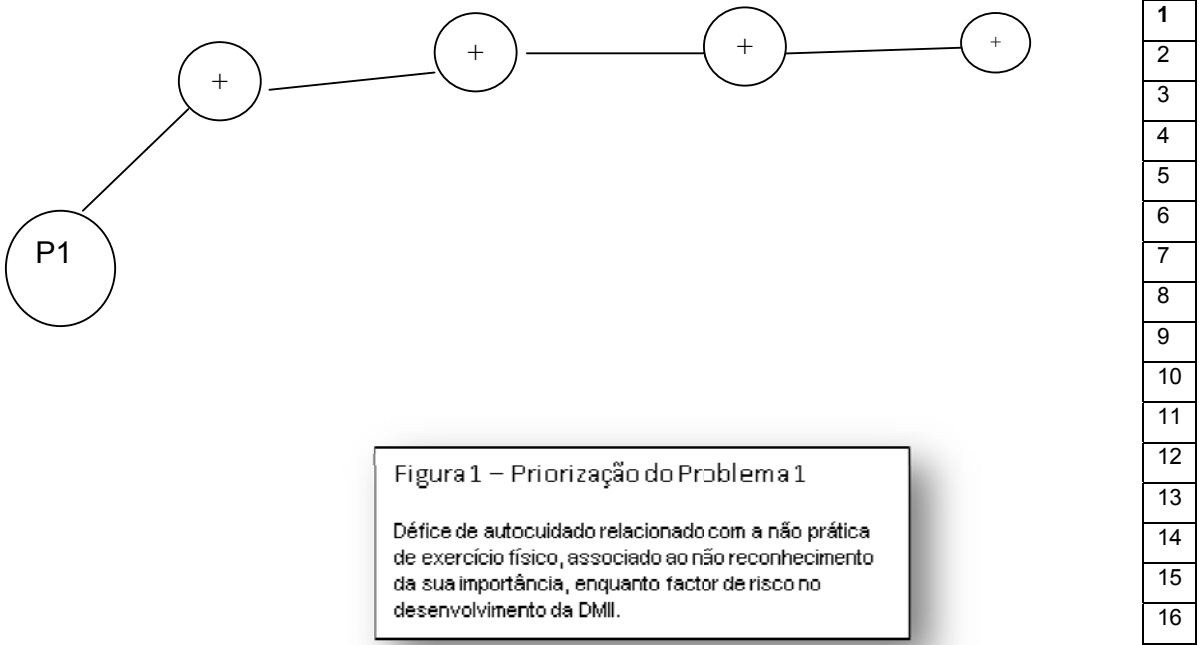
Juízes	Idade	Sexo	Experiência Profissional Formação Académica	Competências de <u>Perito</u> segundo Benner (2001)
1º	50	Feminino	<p>Total: 30 anos 10 anos internamento (Neurocirurgia, Cirurgia Cardiorácica) 12 anos hemodiálise 8 anos consulta externa 8 anos consulta diabetes</p> <p>Bacharelato em enfermagem Complemento de Formação em enfermagem Curso básico, intermédio e avançado da diabetes, psicopedagogia, intervenção terapêutica entre outros. Elemento dinamizador do serviço formação, controlo da infecção</p>	<p>Pensamento crítico: - Várias opções de intervenção ter a capacidade de diferenciar benefícios possíveis para cada uma delas - Seleccionar a mais adequada a cada situação</p> <p>Capacidade de comunicação: Comunicação afectiva com clientes, famílias, e grupos Demonstram e avaliam as actividades de ensino / aprendizagem desenvolvidas</p>
2º	48	Feminino	<p>24 anos 12 anos contexto hospitalar 12 anos cuidados saúde primários 10 anos área diabetes</p> <p>Bacharelato em enfermagem Complemento de formação em enfermagem Mestre em Enfermagem Especialista em Enfermagem Comunitária Diversas formações no âmbito da diabetes</p>	

3º	49	Feminino	<p>20 anos 10 anos internamento de cirurgia 10 anos consulta externa 10 anos consulta diabetes</p> <p>Bacharelato em enfermagem Complemento de formação em enfermagem</p> <p>Curso básico, intermédio e avançado da diabetes entre outros. Elemento dinamizador do serviço formação, controlo da infeção, gestão de risco</p>	<p>Capacidades psicomotoras seguras e terapêuticas psicossociais: Individualizadas de clientes, famílias e grupos, aquando a intervenção de enfermagem</p>
4º	47	Feminino	<p>25 anos 10 anos internamento ortopedia/traumatologia 15 anos consulta externa 12 anos consulta diabetes</p> <p>Bacharelato em enfermagem Complemento de formação em enfermagem</p> <p>Curso básico, intermédio e avançado da diabetes entre outros. Elemento dinamizador do serviço formação, controlo da infeção, gestão de risco</p>	<p>Desenvolvimento pessoal: Capacidade de integrar os conhecimentos que possuem e auto – avaliação</p> <p>Desenvolvimento profissional: Identificam a aprendizagem como um processo para toda a vida; Integram os valores éticos na prática da Enfermagem; Desenvolver a sensibilidade e diversidade na mesma</p>

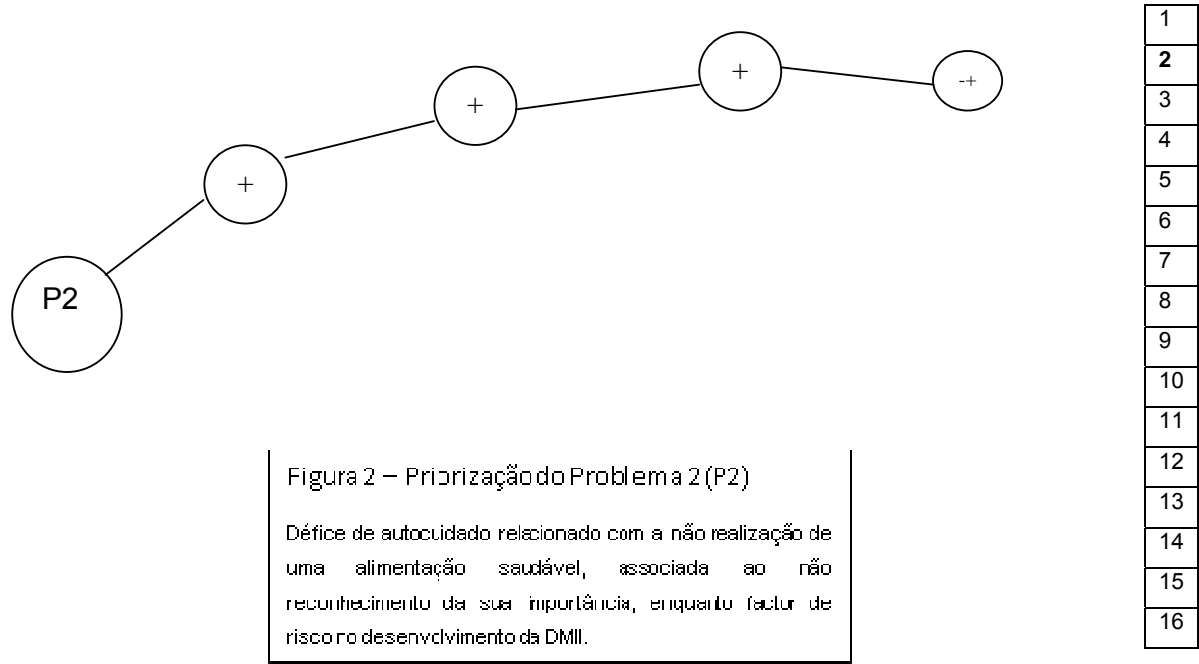
Classificação de Juizes de acordo com Benner (2001)

APÊNDICE VI – Grelha de Análise em Árvore para a priorização de problemas

Problemas	1.Importância do Problema	2.Relação Problema e Fator de Risco	3.Capacidade Técnica para resolver o problema	4.Exequibilidade da intervenção	Recomendações
-----------	---------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------	---------------



Problemas	1.Importância do Problema	2.Relação Problema e Fator de Risco	3.Capacidade Técnica para resolver o problema	4.Exequibilidade da intervenção	Recomendações
-----------	---------------------------	-------------------------------------	---	---------------------------------	---------------



APÊNDICE VII – Fases do planejamento em Saúde no Prevenir para Cuidar

Diagnóstico de Saúde
1. Déficit de autocuidado relacionado com a não prática de exercício físico, associado ao não reconhecimento da sua importância, enquanto fator de risco no desenvolvimento da DMII
2. Déficit de autocuidado relacionado com a não realização de uma alimentação saudável, associada ao não reconhecimento da sua importância, enquanto fator de risco no desenvolvimento da DMII



Objetivo Geral:
Capacitar o agente de cuidados na diminuição dos fatores de risco modificáveis da DM II, através da prática de atividade física regular e de uma alimentação saudável



Objetivos Específicos:
1. Identificar os fatores de risco de desenvolvimento da DMII presentes em cada indivíduo;
2. Demonstrar a influência desses fatores de risco de desenvolvimento da DMII identificados e o nível de risco de desenvolvimento da DMII
3. Promover a prática de atividade física regular e uma alimentação saudável
4. Enumerar estratégia para a realização de uma alimentação saudável e prática de atividade física regular
5. Contribuir para a aquisição de competências no autocuidado alimentação saudável e atividade física
6. Motivar a adesão para a mudança de comportamentos de saúde

Estratégias	
Prática de atividade física regular	Alimentação Saudável



Atividades	Módulo I	Módulo II	Módulo III
	A Importância dos fatores de risco no desenvolvimento da DMII	Motivação para a mudança de hábitos alimentares	Benefícios e estratégias para a prática de atividade física regular
	Sessão de Educação para a saúde individual (Apêndice IX)	Sessão de Educação para a saúde em grupo (Apêndice X)	Sessão de Educação para a saúde em grupo (Apêndice XI)

Metas		Novembro 2012	Dezembro 2012	Janeiro 2013
Recursos	Internos	Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária da USF Monte de Caparica	Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária da USF Monte de Caparica	Enfermeira especialista em Enfermagem Comunitária da USF Monte de Caparica
	Externos		Psicóloga da Santa Casa Misericórdia Almada	Professora de Educação Física do Agrupamento de Escolas do Monte de Caparica Estudantes de Licenciatura em enfermagem da ESEL
Indicadores Processo		Participação ≤ 50% da amostra Satisfação ≤ 50% da amostra	Participação ≤ 50% da amostra Satisfação ≤ 50% da amostra	Participação ≤ 50% da amostra Satisfação ≤ 50% da amostra
Avaliação (Julho 2013)		Diminuição do nível de risco de desenvolvimento da DMII no total de 40% dos participantes; Diminuição do IMC e consequentemente do peso corporal no total de 40% dos participantes; Diminuição do perímetro abdominal no total de 40% dos participantes.		

APÊNDICE VIII- Intervenção Comunitária *Prevenir para Cuidar*

Descrevemos agora em que consiste a intervenção comunitária *Prevenir para Cuidar*, o qual surgiu a partir da análise cuidada dos aspetos anteriormente enumerados.

Aquando o seu planeamento foi também tido em consideração, o pensamento teórico de Orem, o qual defende que, a intervenção de enfermagem no âmbito da promoção para a saúde deve ser constituída por intervenções individuais e intervenções em grupo. Assim o defende, na medida em que, reconhece que enquanto enfermeiros especialistas devemos intervir primeiramente a nível individual, movimento este que nos possibilita identificar um conjunto de características em cada agente de cuidados, por sua vez úteis na elaboração das intervenções em grupo, as quais devem ser sustentadas nos pontos em comum de cada agente de cuidados do grupo (Orem, 1995).

Neste sentido, o *Prevenir para Cuidar* é representado por um conjunto de três intervenções, uma de carácter individual e outras duas em grupo as quais denominamos por módulos I, II e III, respectivamente. Na elaboração destes módulos tivemos a colaboração de alguns parceiros, como enfermeira especialista em enfermagem comunitária, psicóloga e educação física, os quais representam os nossos recursos internos e externos à USF Monte de Caparica.

Na elaboração desta intervenção comunitária foram tidas em conta as orientações programáticas que constam do PNPCD (2008). Assim à semelhança das estratégias previstas no PNPCD (2008), também as estratégias o*Prevenir para Cuidar*, assentam na esfera da prevenção primária da doença, através de uma intervenção de enfermagem, que aposta na redução dos fatores de risco conhecidos modificáveis da etiologia da DMII.

Também os objetivos da referida intervenção vão de encontro aos objetivos do PNPCD (2008) que, sublinham a importância da redução da incidência da diabetes, o diagnóstico precocemente das pessoas com diabetes, definindo o grau de risco de diabetes, através da ficha de avaliação de risco. Desta forma, podemos identificar os grupos de risco acrescido de desenvolvimento de diabetes, através da aplicação da ficha de risco, informação essa, que deverá ser incluída nos sistemas de informação e registo dos cuidados primários.

A principal prioridade desta intervenção comunitária, enquanto agência de cuidados, relaciona-se com a divulgação aos agentes de cuidados, de informação sobre a diabetes e os seus fatores de risco e simultaneamente, capacitá-los na aquisição de competências que possibilitem colmatar o *déficit* de autocuidado em relação à alimentação saudável e à prática de atividade física regular, aspetos estes passíveis de uma mudança comportamental.

Compreender o verdadeiro significado de saúde, junto dos agentes de cuidados do nosso estudo, esclarecendo simultaneamente, o próprio conceito junto dos mesmos, representa um exercício valioso aquando a intervenção de enfermagem neste contexto. Este exercício pode também ele por sua vez ser inserido no verdadeiro sentido da expressão cuidar em enfermagem. Apenas através deste exercício podemos, à semelhança do descrito por Honoré (2002), participar na construção do projeto de saúde de cada agente de cuidados. Aquando a realização deste exercício e ao participarmos como agência de cuidados neste processo de construção, devemos escutar o discurso a propósito da saúde não só apenas como o conjunto de relações com a doença, mas antes as concepções sobre a vida, a morte, a existência, a felicidade, o medo e as esperanças, os riscos, já que as concepções de saúde e existência se encontram ligadas (Honoré, 2002).

Este exercício tornar-se-á por sua vez também útil na identificação do verdadeiro significado de risco em saúde, ou até mesmo no risco de desenvolvimento da DMII, já que possibilita encontrarmos o “*sentido da projeção de si num futuro e, para além disso, o sentido de intenção do ponto de vista do outro, da saúde para outrem*” (Honoré, 2002, p. 160). Como agência de cuidados podemos ressaltar o facto de que a saúde, o atingimento de um melhor nível de bem-estar, constitui por si só um projeto (Honoré, 2002) no qual através da intervenção sobre os fatores de risco de desenvolvimento da DMII, podemos contribuir em parceria como agente de cuidados. Consideramos que neste projeto de saúde, deve existir uma intenção de promoção da saúde, que deve ser transmitida segundo uma perspetiva de *empowerment*.

Neste projeto de saúde devemos sublinhar que a principal intervenção da agência de cuidados visa “*a procura em qualquer circunstância do melhor*

equilíbrio para a realização das possibilidades” (Honoré, 2002, p.173), do agente de cuidados, após o seu consentimento informado. Por sua vez, nesta lógica de promoção da saúde, torna-se crucial para o autor supracitado, uma intervenção que seja composta por uma educação para a saúde, que possibilite o acesso à informação por parte do agente de cuidados possibilitando ao mesmo escolhas em relação aos fatores favoráveis e desfavoráveis ao seu projeto de saúde. Utilizando esta noção de projeto de saúde, sugerida por Honoré (2002), possibilita-nos como agência de cuidados como que realizar uma monitorização das diferentes fases desse projeto de saúde, podendo intervir em cada uma delas e assim ajudar o agente de cuidados a adquirir um melhor e maior nível de autocuidado na prevenção do risco de desenvolvimento da DMII, permitindo que os mesmos sejam os mais empreendedores possíveis.

Subjacente à elaboração da intervenção comunitária no *Prevenir para Cuidar*, encontra-se a noção de um cuidar em enfermagem direcionado para a promoção de comportamentos de saúde, envolvendo o agente de cuidados na elaboração do seu projeto de saúde. É-lhe assim reconhecida, uma participação ativa nos cuidados, verificando-se um incentivo ao respeito dos valores, crenças e comportamentos de saúde, cultura e estilo de vida do agente de cuidados, defendendo uma parceria entre agente de cuidados e enfermeiro, em que este último respeita e aceita o utente, reconhecendo que são ambos detentores de conhecimento, válido para a interação estabelecida. Aceita assim que a pessoa seja responsável pelo seu projeto de vida e de saúde (Gomes, 2002). Baseada nesta inter-relação entre seres humanos, havendo assim uma estreita conotação com os valores e aspetos culturais, em que o enfermeiro sente necessidade de conhecer e compreender para poder orientar e cuidar das mesmas. Apenas deste modo o enfermeiro conseguirá, não substituir o agente de cuidados, mas antes incentivar a promoção de *empowerment* e mecanismos de *coping*, de forma a ajudá-lo a gerir situações e a tomar decisões. Segundo Hesbeen (2000), a parceria que se estabelece entre enfermeiro-utente consiste na elaboração de um projeto de cuidados, ou seja, no estabelecimento de uma meta que pretende alcançar com o mesmo tendo em conta o seu contexto e situação particular. Esta afirmação pressupõe

autonomia e respeito pela pessoa alvo de cuidados, e pelo ambiente em que se encontra inserida. A relação direta entre enfermeiro-agente de cuidados permite uma partilha e integração de cuidados, conferindo um papel ativo e convergente com o processo de cuidados. O agente de cuidados é contextualizado no ambiente familiar, como sua parte integrante e que não pode ser vista à parte. O ambiente influencia e é influenciado pela pessoa, pelo que o enfermeiro sente a necessidade de conhecer tudo o que a rodeia de forma a prestar cuidados direcionados e centralizados (Hesbeen, 2000).

O cuidar em enfermagem encontra-se inevitavelmente associado à parceria nos cuidados. Todas as suas dimensões devem ser incluídas na intervenção de enfermagem, no sentido do enfermeiro poder adequar, segundo uma lógica de parceira nos cuidados, a sua intervenção às necessidades/problemas/riscos reais ou potenciais do agente de cuidados. Deste modo, prevenir representa uma forma de cuidar, ao nível de prevenção primária.

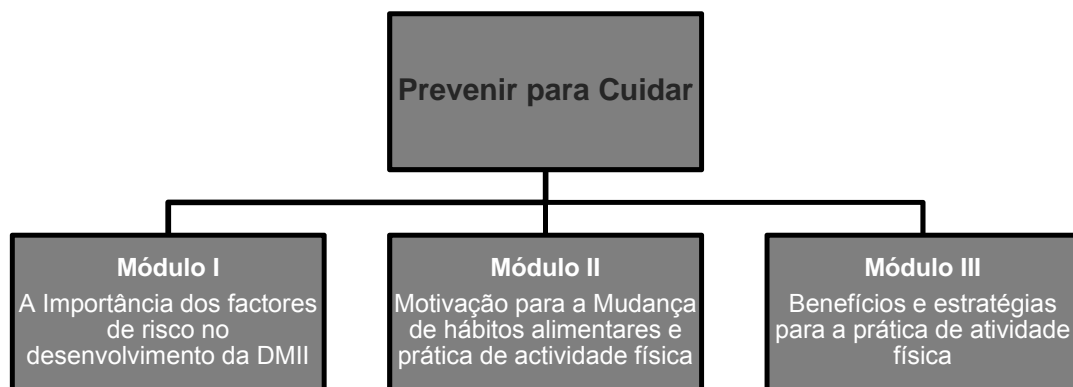


Figura 1 - Esquematização *Prevenir para Cuidar*

APÊNDICE IX – Intervenção Comunitária - Módulo I

Plano de Sessão do Módulo I

Curso	Factores de Risco de desenvolvimento da DMII
Módulo	I
Tema da sessão	Importância do controlo dos factores de risco no desenvolvimento da DMII
Sessão Nº	1/3
População alvo	Utente da USF do Monte de Caparica, com risco moderado/alto de desenvolvimento da DMII dentro de um prazo de 10 anos, identificado após a aplicação da ficha de risco da DGS.
Formadora	Enfermeira Ana Rita Leal de Nóbrega

Objetivo Geral	No final da sessão o formando deverá ser capaz de reconhecer os factores de risco de desenvolvimento da DMII, de modo a reduzir a incidência da doença
Objetivos específicos	No final da sessão o formando deverá ser capaz de: <ul style="list-style-type: none">- Identificar quais os factores de risco que apresenta;- Incentivar à mudança de comportamentos;- Seleccionar estratégias para eliminar os factores de risco identificados.

Duração	45 Minutos
Data	6, 7, 8, 12, 13 e 15 de Novembro de 2012
Local	USF Monte de Caparica – Sala do Movimento

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos Meios didáticos	Tempo (min)
Introdução	Apresentação Comunicação do Tema sua justificação	Expositivo	Projektor Vídeo	5'
Desenvolvimento	O que é a DMII e quais os seus factores de risco Prevenção da DMII Alimentação Saudável, que benefícios e estratégias Actividade Física, que benefícios e estratégias	Expositivo Interrogativo Demonstrativo	Projektor Vídeo Folheto <i>Alimentação Saudável</i>	30'
Conclusão	Esclarecimento de Dúvidas	Expositivo Interrogativo	Projektor Vídeo	5'
	Fecho da sessão e ligação com a sessão seguinte	Expositivo	Projektor Vídeo	
Avaliação	Preenchimento da ficha de avaliação da sessão Preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos	Interrogativo	Ficha de avaliação da sessão	5'

Do Prevenir ao Cuidar

Avaliação do Nível de risco de Desenvolvimento da DMII

Fatores de Risco de Desenvolvimento da Diabetes Mellitus II

Enteamento Acadêmico de Niterói
2º Módulo em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária ESEL

ACES Almada - USF Monte Capatã
Novembro 2012

Objetivo Geral

- Reconhecer os fatores de risco de desenvolvimento da DMII, de modo a reduzir a incidência da doença

Objetivos Específicos

- Identificar quais os fatores de risco que apresenta;
- Incentivar à mudança de comportamentos;
- Selecionar estratégias para eliminar os fatores de risco identificados.

O que é a Diabetes Mellitus?

Os alimentos são digeridos e transformados em açúcares, o chamado glicose.

A glicose é absorvida pelo sangue e utilizada pelos tecidos como energia.

Esta utilização depende da presença de insulina no organismo.

Quando a glicose não é bem utilizada pelo organismo, verifica-se um aumento dos níveis de açúcar no sangue - Hiperglicemia.

O que é a Diabetes Mellitus Tipo II?

- Doença crônica de diabetes não insulino dependente ou diabetes do adulto e corresponde a 90% dos casos de diabetes
- Ocorre geralmente em pessoas obesas com mais de 40 anos de idade embora na atualidade se vê com maior frequência em jovens, em virtude de maus hábitos alimentares, sedentarismo e stress da vida urbana
- Neste tipo de diabetes caracteriza-se a presença de insulina porém sua ação é dificultada pela obesidade, o que é conhecido como Insulinorresistência, uma das causas de HPERGLICEMIA.

Risco de Desenvolvimento de DMII

Índice de Massa Corporal (IMC)	Gravidade do Risco
< 18 Baixo	1 em cada 100 indivíduos
18-24 Moderado	1 em cada 20 indivíduos
25-29 Alto	1 em cada 10 indivíduos
30-34 Muito Alto	1 em cada 5 indivíduos
> 35 Muito Alto	1 em cada 2 indivíduos

Fatores de Risco de Desenvolvimento da DMII

Excesso de Peso (IMC ≥ 25) e Obesidade (IMC ≥ 30)

IMC	Classificação
IMC < 18	Normal
IMC ≥ 25	Excesso de Peso
IMC ≥ 30	Obesidade moderada (grau I)
IMC ≥ 35	Obesidade grave (grau II)
IMC ≥ 40	Obesidade mórbida (grau III)

Em pessoas com excesso de peso/obesidade, a perda de peso moderada (15 do peso inicial) possibilita um melhor controle dos níveis de açúcar no sangue assim como da tensão arterial.

Cálculo do Índice de Massa Corporal

Índice de Massa Corporal calculado através da equação:

$$I.M.C. = \text{Peso (Kg)} / \text{Altura (m}^2\text{)}$$

Exemplo:

- Peso: 80 Kg
- Altura: 1,80 m

$$80 / (1,8 \times 1,8) = 24,7 \text{ Kg/m}^2$$

Fatores de Risco de Desenvolvimento da DMII

o Perímetro Abdominal Aumentado/ Muito Aumentado

Nível de risco	Perímetro Abdominal	
	Masculino	Feminino
Risco Aumentado	≥ 94	≥ 80
Risco Muito Aumentado	≥ 102	≥ 88

Fatores de Risco de Desenvolvimento da DMII

- o Idade ≥ 45 anos
- o Vida Sedentária
- o História Familiar de DMII, em primeiro grau
- o Diabetes Gestacional
- o História de Doença Cardiovascular Prévia
- o Hipertensão Arterial
- o Dislipidemia
- o Anomalia da Glicemia em jejum e tolerância diminuída à glicose

Prevenção da DMII

Intervenções ao nível do estilo de vida em pessoas com risco de desenvolvimento da DM II, reduzem substancialmente a incidência da diabetes (em cerca de 60 % nos grupos de intervenção).

Prevenção da DMII

A alteração do estilo de vida deve ser a primeira medida para prevenir ou atrasar o início da diabetes. Através de:

Alimentação Saudável



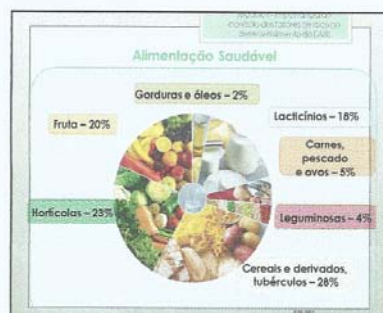
Atividade Física



Benefícios da Alimentação Saudável

- o Favorece a redução do peso e diminuição da massa gorda
- o Controla o peso corporal
- o Fortalece os músculos e as articulações
- o Ajuda a reduzir e a melhorar o nível do colesterol
- o Melhora o sistema imunitário
- o Melhora a regulação intestinal
- o Alivia o stress
- o Aumenta a densidade óssea
- o Aumenta a capacidade de resistência
- o Melhora a qualidade de vida, reduzindo os fatores de risco de desenvolvimento da DMII





Alimentos a evitar...

Deve evitar consumir...

- Carne mal passada
- Molhos
- Comida muito condimentada
- Doces
- Fast-food

Exemplo de uma alimentação desequilibrada:

Pequeno Almoço
Bolo e café expresso

Meio da Manhã
Sandes mista, leite com chocolate e bolachas com elevado teor em glicídios e lipídios

Exemplo de uma alimentação desequilibrada:

Almoço
Cheeseburger, batatas fritas, Coca-Cola, gelado.
ou
Sandes de Frango ou Delícias do Mar, Sumo gasificado, Capuccino.

Lanche
Sandes de fiambre com manteiga.
Café expresso e um chocolate.

Exemplo de uma alimentação saudável:

Pequeno Almoço
Pão com manteiga, queijo ou compota.
Pacote de leite meio-gordo.

Meio da Manhã
Bolachas integrais, Fruta, Iogurte.

Almoço
Sopa de legumes.
Carne grelhada com arroz/massa e salada.
Água e uma peça de fruta.

Exemplo de uma alimentação saudável:

Almoço
Sopa de legumes.
Carne grelhada com arroz/massa e salada.
Água e uma peça de fruta.
ou
Peixe cozido com batatas, hortaliça, legumes e/ou leguminosas.

Lanche
Sumo de fruta natural. Pão com fiambre.
Um Iogurte.

Conteúdo da Unidade 1 - Unidade 1 - Unidade 1

Estratégias para uma alimentação Saudável

- Tomar sempre o pequeno-almoço;
- Incluir nas refeições alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos, nas proporções sugeridas;
- Variar o mais possível de alimentos;
- Não estar mais de três horas sem comer;
- Evitar alimentos com muito sal;
- Evitar alimentos açucarados;
- Evitar os fritos e os gorduras;
- Consumir diariamente leite ou derivados;
- Comer pelo menos três peças de fruta por dia;

Conteúdo da Unidade 1 - Unidade 1 - Unidade 1

Estratégias para uma alimentação Saudável

- Consumir produtos hortícolas no prato ou em saladas;
- Consumir diariamente sopa;
- Preferir pão escuro (mistura de centeio e trigo);
- Comer peixe pelo menos quatro vezes por semana;
- Não ingerir bebidas alcoólicas;
- Beber líquidos em abundância (água, sumos naturais);
- Comer com calma, mastigando correctamente os alimentos;



Conteúdo da Unidade 1 - Unidade 1 - Unidade 1


Atividade Física



Conteúdo da Unidade 1 - Unidade 1 - Unidade 1

Benefícios da Atividade Física


- Diminui o desenvolvimento dos factores de risco da DMII
- Melhora o controlo das glicemias
- Permite perder peso
- Possibilita a manutenção do peso perdido
- Favorece a circulação sanguínea
- Diminui o desenvolvimento de doenças cardiovasculares
- Melhora o bem-estar e autoestima



Conteúdo da Unidade 1 - Unidade 1 - Unidade 1

Exemplos de Atividade Física Moderada

- Caminhar rapidamente (cerca de 5,5 km/h)
- Cuidar do jardim
- Dançar
- Andar de bicicleta (menos de 16 km/h)
- Nadar
- Hidroginástica



Conteúdo da Unidade 1 - Unidade 1 - Unidade 1

Exemplos de Atividade Física Intensa

- Corrida (mais de 8 km/h)
- Andar de bicicleta (mais de 16 km/h)
- Nataçao (nado livre)
- Andar muito rápido (sete quilómetros por hora)
- Jogar basquetebol
- Jogar futebol

Exemplos de atividades diárias

As atividades diárias também podem ser consideradas atividades físicas importantes:

- Lavar roupa
- Limpar a casa
- Lavar o carro
- Subir escadas
- Caminhar até o trabalho

Essas atividades no entanto podem não ser suficientes para o benefício que se espera da atividade física.

Estratégias para atividade física

- Atividade física moderada ou intensa com uma frequência de pelo menos 30 min. consecutivos
- De 3 vezes/semana a 5 vezes/semana
- Não se deve ultrapassar 2 dias consecutivos sem atividade física



Conclusão



Próxima Sessão

Módulo II – Motivação e Adesão na Mudança de Comportamentos

Psicóloga Lara Esteves



Obrigado pela sua colaboração!

Projecto
Do Prevenir ao Cuidar
Avaliação do
Nível de risco de
Desenvolvimento da DMII

Módulo I

Importância do controlo dos factores de risco no desenvolvimento da DMII

Enfermeira Ana Rita Leal de Nobrega
3ª Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização de Enfermagem Comunitária

ACES Almada USF Monte de Caparica
Novembro 2012

Projecto
Do Prevenir ao Cuidar
Avaliação do
Nível de risco de
Desenvolvimento da DMII

Factores de Risco de Desenvolvimento da Diabetes Mellitus II

As atividades diárias também podem ser consideradas atividades físicas importantes:

- Lavar roupa
- Limpar a casa
- Lavar o carro
- Subir escadas
- Caminhar até o trabalho

Essas atividades no entanto podem não ser suficientes para o benefício que se espera da atividade física.



Estratégias para atividade física

Actividade física moderada ou intensa com uma frequência de pelo menos 30 min. consecutivos

De 3 vezes por semana a 5 vezes/semana

Não se deve ultrapassar 2 dias consecutivos sem actividade física



Projeto

Do Prevenir ao Cuidar

Avaliação do Nível de Risco de Desenvolvimento da DMII

Estratégias para

uma Alimentação Saudável e Atividade Física



Trabalho realizado por:

Enfermeira Ana Rita Leal de Nóbrega

3º Mestrado em Enfermagem — Área de Especialização em Enfermagem Comunitária na ESEL

Estratégias para uma Alimentação Saudável

- Tomar sempre o pequeno-almoço;
- Incluir nas refeições alimentos de todos os grupos da roda dos alimentos, nas proporções sugeridas;
- Variar o mais possível de alimentos;
- Evitar estar mais de três horas sem comer;
- Evitar alimentos com muito sal;
- Evitar alimentos açucarados;
- Consumir diariamente leite ou derivados;
- Evitar os fritos e as gorduras;



- Comer pelo menos três peças de fruta por dia;
- Consumir produtos hortícolas no prato ou em saladas;
- Consumir diariamente sopa;
- Preferir pão escuro (mistura de centeio ou trigo);
- Comer peixe pelo menos 4 vezes por semana;
- Evitar as bebidas alcoólicas;
- Beber líquidos em abundância (água e sumos naturais);



Estratégias de Actividade Física

Exemplo de Actividade Física Moderada:

Caminhar rapidamente (cerca de 5,5

km/h)



Cuidar do jardim

Dançar

Andar de bicicleta (menos de 16 km/h)

Nadar

Hidrognástica

Exemplo de Actividade Física Intensa:

Corrida (mais de 8 km/h)

Andar de bicicleta (mais de 16 km/h)

Natação (nado livre)

Andar muito rápido (sete quilómetros por hora)

APÊNDICE X – Intervenção Comunitária - Módulo II

Plano de Sessão do Módulo II

Curso	Fatores de Risco de desenvolvimento da DMII
Módulo	II
Tema da sessão	Motivação para a Mudança de hábitos alimentares e prática de atividade física
Sessão Nº	2/3
População alvo	Utentes da USF do Monte de Caparica, com risco moderado/alto de desenvolvimento da DMII dentro de um prazo de 10 anos, identificado após a aplicação da ficha de risco da DGS.
Formadora	Dr.ª Lara Esteves – Psicóloga

Objetivo Geral	No final da sessão os formandos deverão ser capazes de partilhar e identificar, no grupo, estratégias de motivação para a mudança de hábitos alimentares e atividade física
Objetivos específicos	No final da sessão os formandos deverão ser capazes de: <ul style="list-style-type: none">- Identificar sentimentos e emoções, no grupo, relacionados com a mudança de hábitos;- Identificar hábitos de vida desadequados;- Definir estratégias que motivem a mudança de hábitos desadequados;- Assumir o compromisso de alterar pelo menos um desses hábitos de vida.

Duração	65 Minutos
Data	10,11 e 12 de Dezembro de 2012
Local	USF Monte de Caparica – Sala do Movimento

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos Meios didáticos	Tempo (min)
Introdução	<p>Comunicação do Tema sua justificação</p> <p>Ligação com o módulo I Apresentação</p> <p>Jogo da Bola (a)</p> <p>Apresentação dos participantes na sessão</p>	<p>Expositivo</p> <p>Interativo</p>	<p>-</p> <p>Bola</p>	15'
Desenvolvimento	<p>Jogo dos Balões (b)</p> <p>Consciencialização de hábitos de vida desadequados relacionados com alimentação e actividade física</p> <p>Jogo dos Jornais (c)</p> <p>Identificação de emoções e sentimentos que interferem com a motivação para a mudança</p>	Interrogativo	<p>Balões</p> <p>Marcadores</p> <p>Jornais</p>	40'
Conclusão	Criação de compromisso para a mudança de hábitos	Interrogativo	<p>Cartolinas</p> <p>Marcadores</p>	5'
	<p>Esclarecimento de Dúvidas</p> <p>Fecho da sessão e ligação com a sessão seguinte</p>	Expositivo		
Avaliação	<p>Preenchimento da ficha de avaliação da sessão</p> <p>Preenchimento da ficha de avaliação de conhecimentos</p>	Interrogativo	Ficha de avaliação da sessão	5'

APÊNDICE XI – Intervenção Comunitária – Módulo III

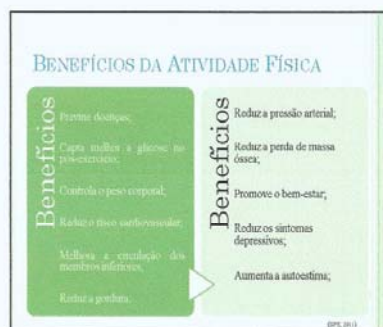
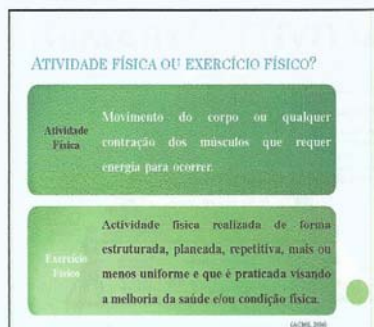
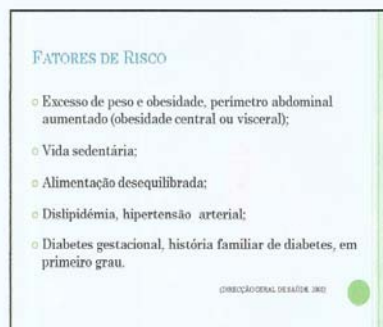
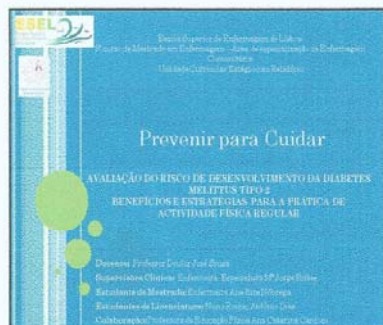
Plano de Sessão do Módulo III

Curso	Fatores de Risco de desenvolvimento da DMII
Módulo	III
Tema da sessão	Benefícios e estratégias para a prática de atividade física
Sessão Nº	3/3
População alvo	Utentes da USF do Monte de Caparica, com risco moderado/alto de desenvolvimento da DMII dentro de um prazo de 10 anos, identificado após a aplicação da ficha de risco da DGS.
Formadores	Professora de Educação Física Ana Catarina Cardoso Estudantes do 4º Ano da Licenciatura em Enfermagem da ESEL: Nuno Rocha e António Dias

Objetivo Geral	No final da sessão os formandos deverão ser capazes de identificar benefícios e estratégias a adotar para uma prática de atividade física regular
Objetivos específicos	No final da sessão os formandos deverão ser capazes de: - Reconhecer a importância da atividade física na diminuição do risco de desenvolvimento da DMII; - Enumerar benefícios da atividade física regular; - Identificar estratégias para iniciar prática de atividade física regular; - Assumir o compromisso de iniciar atividade física regular.

Duração	60 Minutos
Data	17 e 28 de Janeiro de 2013
Local	USF Monte de Caparica – Sala do Movimento

Etapas	Atividades didáticas	Métodos e técnicas pedagógicas	Equipamentos Meios didáticos	Tempo (min)
Introdução	Comunicação do Tema sua justificação Ligação com o módulo I e II Apresentação dos participantes na sessão	Expositivo Interativo	-	10'
Desenvolvimento	Consciencialização da importância da prática de atividade física regular na prevenção do desenvolvimento da DM II Apresentação dos benefícios da prática regular de atividade física Identificação de estratégias no quotidiano dos participantes para o início da prática de actividade física	Interrogativo Expositivo Interativo	Projektor de Vídeo Tapete, Rolos e Bolas Pilates Folheto <i>Benefícios e Estratégias para a Prática de Atividade Física Regular</i>	40'
Conclusão	Criação de compromisso para o início atividade física regular	Interrogativo	Cartolinas Marcadores	5'
	Esclarecimento de Dúvidas Fecho da sessão	Expositivo		
Avaliação	Preenchimento da ficha de avaliação da sessão	Interrogativo	Ficha de avaliação da sessão	5'



- Prefira exercícios aeróbicos (caminhar, correr, nadar, ginástica) a anaeróbicos (levantar pesos, *sprints*). Prefira praticar atividade física de longa duração e de baixa intensidade a curta duração e de grande intensidade;
- De modo a evitar algum tipo de lesão, o tempo de aquecimento e alongamento deve ter a duração de 5 a 10 minutos;
- Antes do exercício consuma alguns hidratos de carbono e leve consigo SEMPRE um pacote de açúcar ou líquido açucarado;
- Evite a carga pesada se levantar pesos.

©2004 by The McGraw-Hill Companies

- Realize atividade física todos os dias ou 2 a 3 vezes por semana;
- Pelo menos, 20 a 30 minutos diários ou mais se for 2 a 3 vezes por semana;
- Considere sempre a sua frequência cardíaca, a condição física presente e a idade;
- Ingerir maior quantidade de líquidos;
- Utilize vestuário e calçado adequados.

LITERATURE CITED



THE ACTIVITY PYRAMID

EACH WEEK, TRY TO BALANCE YOUR PHYSICAL ACTIVITY USING THIS GUIDE.

IF YOU'RE INACTIVE

Increase daily activities or the amount of the program.

Add more time to exercise as possible.

IF YOU'RE SPORADIC

Become more consistent with activities in the middle of the pyramid.

Also activity in your day.

IF YOU'RE CONSISTENT

Continue activities for the lowest of the pyramid.

Change your routine if you often get bored.

Add new activities.

REMEMBER

What you eat affects how you feel.

Eat healthy. Get enough sleep. Stay hydrated. Don't drink too much alcohol. Don't smoke.

TIPS

You can take breaks when you're tired.

You can do more activities when you're not tired.

[illegible]

Benefícios da Atividade Física

Ajuda na prevenção da diabetes mellitus;

Controla o peso corporal;

Reduz o perímetro abdominal;

Reduz o risco de desenvolver doença cardiovascular;

Reduz a pressão arterial;

Promove o bem-estar;

Aumenta a auto-estima;



A equipa de saúde da Unidade de Saúde Familiar do Monte da Caparica quer ajudá-lo a ser mais saudável!

Contacte-nos sempre que necessário pois queremos ser seus parceiros nesta mudança para um novo plano de vida!

Telefone 212945850



UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR MONTE DA CAPARICA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

Docente: Professor Doutor José Sousa
Supervisora Clínica: Enf. Especialista M.ª Jorge Brites
Estudante da Mestrado: Enf. Rita Nobrega
Estudantes de Licenciatura: Nuno Rocha; António Dias
Colaboração: Prof.ª de Educação Física Ana Cardoso



Benefícios e Estratégias para a Prática de Atividade Física Regular



Unidade de Saúde Familiar
Monte da Caparica

2013

**Adapte a atividade física a si e
sinta-se mais saudável e feliz!**

Realize atividade física 2 a 3 vezes por
semana com a duração de 20-30 minu-
tos

Antes da atividade física, faça um
aquecimento para evitar lesões;

Prefira exercícios que exijam menos
esforço mas com duração mais longa!

**CAMINHE, CORRA, NADE, FAÇA
GINÁSTICA, ANDE DE BICICLETA!**

Pratique atividades agradáveis e adap-
tadas à sua preferência!

Ingira muita água e use vestuário
adequado!

**Em casa ou em qualquer outro
lugar que deseje, realize
alguns dos exercícios que lhe
sugerimos!**

Comece pelo aquecimento! 10 a 15min



Exercite! 10 a 20 repetições



Termine com alongamentos! 10 a 15min



APÊNDICE XII – Avaliação das Sessões

Tema:

Módulo:

Data:

Por considerarmos que a sua opinião na avaliação da formação é muito importante, solicitamos-lhe que preencha este questionário, que se encontra dividido em duas partes fundamentais. A primeira diz respeito à atuação do formador durante a sessão de formação, apresenta alguns itens aos quais pode atribuir uma classificação compreendida entre Pouco Satisfeito (1), Satisfeito (2) e Muito Satisfeito (3). A segunda relaciona-se com o funcionamento do módulo propriamente dito e apresenta uma escala de classificação idêntica.

Atuação do Formador

1. Domínio dos Conteúdos	1	2	3
2. Métodos e Técnicas Utilizadas	1	2	3
3. Linguagem utilizada	1	2	3
4. Empenhamento	1	2	3
5. Assertividade	1	2	3
6. Disponibilidade	1	2	3

Funcionamento do módulo

1. Motivação e Participação	1	2	3
2. Objetivos Atingidos	1	2	3
3. Atividades	1	2	3
4. Instalações	1	2	3
Documentação			
5. Meios Audiovisuais	1	2	3
6. Utilização de Suportes	1	2	3

Sugestões: _____

Obrigado pela sua colaboração!

APÊNDICE XIII – Proposta à Direção Geral de Saúde

Exmo. Senhor

Professor Doutor José Manuel Boavida

O meu nome é Ana Rita Leal de Nóbrega, sou enfermeira e encontro-me a realizar o 3º Curso de Mestrado em enfermagem, Área de especialização de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, sob a orientação científica do Professor Doutor José Edmundo Sousa.

A finalidade da tese de mestrado, relaciona-se com avaliação do risco de desenvolvimento da DMII, na população dos 20-39 anos inscrita na USF Monte de Caparica.

Por forma a atingir os objetivos a que me propus com a realização da mesma, apliquei aquando da recolha de dados, a ficha de avaliação do risco de desenvolvimentos da DMII, preconizada no PNPCD (2008). Contudo, para além da aplicação da referida ficha, em conformidade com sugestões realizadas em trabalhos de investigação em enfermagem anteriormente realizados no mesmo âmbito, elaborei e apliquei um questionário complementar. Pretendia através da aplicação destes dois instrumentos de recolha de dados, obter uma caracterização mais pormenorizada da população e consequentemente da amostra em estudo, caracterização essa que por sua vez me possibilitasse direcionar a minha intervenção de enfermagem na promoção de estilos de vida e comportamentos saudáveis, junto dos indivíduos em risco de desenvolvimento da DMII.

Neste sentido, venho por este meio solicitar o seu parecer em relação a aplicações futuras do questionário complementar em anexo, e uma eventual associação do mesmo à ficha de avaliação de risco de desenvolvimento da DMII.

Lisboa, 16 de Abril de 2013

Com os melhores cumprimentos,
Ana Rita Leal de Nóbrega

